

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1934

N°

THÈSE 661

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques MARTINIE

Né le 27 Novembre 1904 à Brive-la-Gaillarde

---

NOTES

SUR

**l'Histoire de l'Obésité**

---

*Président : M. FIESSINGER*

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE  
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1934

N° \_\_\_\_\_

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

**Jacques MARTINIE**

Né le 27 Novembre 1904 à Brive-la-Gaillarde

---

## NOTES

SUR

# l'Histoire de l'Obésité

---

*Président : M. FIESSINGER*

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

---

1934

## I. — PROFESSEURS

|                                                                         | MM.                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | ROUVIERE.          |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . . . . .       | PROUST.            |
| Physiologie . . . . .                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale . . . . .                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale . . . . .                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie . . . . .                                                 | Robert DEBRE.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | CLERC.             |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | ROUSSY.            |
| Histologie . . . . .                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | LOEPER.            |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                | TANON.             |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .                      | Maurice VILLARET.  |
| Clinique médicale . . . . .                                             | ACHARD.            |
| » . . . . .                                                             | BEZANÇON.          |
| » . . . . .                                                             | CARNOT.            |
| » . . . . .                                                             | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    | LEREBoullet.       |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | CUNEO.             |
| » . . . . .                                                             | GOSSET.            |
| » . . . . .                                                             | GREGOIRE.          |
| » . . . . .                                                             | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | TERRIEN.           |
| Clinique urologique . . . . .                                           | MARION.            |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BRINDEAU.          |
| » . . . . .                                                             | COUVELAIRE.        |
| » . . . . .                                                             | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | J.-L. FAURE.       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        | SERGENT.           |
| Clinique de la Tuberculose . . . . .                                    | Léon BERNARD.      |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .                | MATHIEU.           |
| Professeurs sans chaire . . . . .                                       | HOVELACQUE.        |
| » . . . . .                                                             | MULON.             |
| » . . . . .                                                             | OLIVIER.           |
| » . . . . .                                                             | VERNE.             |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                    |                         | MM.                    |                         |
|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| ALAJOUANINE . . . .    | Neurol. et Psychiâtrie. | LANTUEJOUL . . . .     | Obstétrique.            |
| BÉNARD (Henri) . . . . | Pathologie médicale.    | LAROCHE (Guy) . . . .  | Pathologie médicale.    |
| BERNARD (Etienne)..    | Pathologie médicale.    | LEMAIRE . . . . .      | Pathol. expérimentale.  |
| BOULIN . . . . .       | Pathologie médicale.    | LEVEUF . . . . .       | Patholog. chirurgicale. |
| BROCQ . . . . .        | Patholog. chirurgicale. | Mlle J. LEVY . . . . . | Pharmacologie.          |
| BULLIARD . . . . .     | Histologie.             | LEVY-VALENSI . . . .   | Neurol. et Psychiâtrie. |
| CATHALA . . . . .      | Pathologie médicale.    | MOREAU . . . . .       | Pathologie médicale.    |
| CHABROL . . . . .      | Pathologie médicale.    | MOULONGUET . . . .     | Patholog. chirurgicale. |
| CHEVALLIER . . . . .   | Pathologie médicale.    | MOUQUIN . . . . .      | Pathologie médicale.    |
| DOGNON . . . . .       | Physique.               | OBERLING . . . . .     | Anatomie pathologiq.    |
| DONZELOT . . . . .     | Pathologie médicale.    | PETIT-DUTAILLIS . .    | Patholog. chirurgicale. |
| FEY . . . . .          | Urologie.               | PIEDELIEVRE . . . .    | Médecine légale.        |
| GALLIARD . . . . .     | Parasitologie.          | PORTES . . . . .       | Obstétrique.            |
| GASTINEL . . . . .     | Bactériologie.          | QUENU . . . . .        | Patholog. chirurgicale. |
| GATELLIER . . . . .    | Patholog. chirurgicale. | RICHET . . . . .       | Physiologie.            |
| DE GAUDART D'ALLAINES  | Patholog. chirurgicale. | SANNIE . . . . .       | Chimie biologique.      |
| GAYET . . . . .        | Physiologie.            | SENEQUE . . . . .      | Patholog. chirurgicale. |
| GIROUD . . . . .       | Histologie.             | SEZARY . . . . .       | Dermatol. et syphiligr. |
| HAGUENAU . . . . .     | Pathologie médicale.    | TROISIER . . . . .     | Pathol. expérimentale.  |
| HALPHEN . . . . .      | Oto-rhino-laryngol.     | TURPIN . . . . .       | Pathologie médicale.    |
| HAZARD . . . . .       | Pharmacologie.          | VALLERY-RADOT          |                         |
| HUGUENIN . . . . .     | Anatomie pathologiq.    | (Pasteur) . . . . .    | Pathologie médicale.    |
| JOANNON . . . . .      | Hygiène.                | VELTER . . . . .       | Ophthalmologie.         |
| LABBÉ (Henri) . . . .  | Chimie biologique.      | VIGNES . . . . .       | Obstétrique.            |
| LACOMME . . . . .      | Obstétrique.            | WILMOTH . . . . .      | Patholog. chirurgicale. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.                   |                       | MM.                 |                      |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| ALGLAVE . . . . .     | Pathologie chirurgic. | LEROUX . . . . .    | Anatomie pathologiq. |
| BUSQUET . . . . .     | Pharmacologie.        | LEVEU-LEMAIRE . . . | Parasitologie.       |
| CHAILLEY-BERT . . . . | Physiologie.          | ZIMMERN . . . . .   | Physique.            |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### A TITRE PERMANENT

| MM.                |                        | MM.                 |                        |
|--------------------|------------------------|---------------------|------------------------|
| ABRAMI . . . . .   | Clinique médicale.     | HEITZ-BOYER . . . . | Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN . . . . . | Clinique médicale.     | MOCQUOT . . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ . . . . .    | Clinique médicale.     | MOURE . . . . .     | Clinique chirurgicale. |
| CHIRAY . . . . .   | Clinique médicale.     | SCHWARTZ . . . . .  | Clinique chirurgicale. |
| DUVOIR . . . . .   | Clinique médicale.     | GUENIOT . . . . .   | Clinique obstétricale. |
| HARVIER . . . . .  | Clinique médicale.     | LE LORIER . . . . . | Clinique obstétricale. |
| LIAN . . . . .     | Clinique médicale.     | LEVY-SOLAL . . . .  | Clinique obstétricale. |
| BASSET . . . . .   | Clinique chirurgicale. | METZGER . . . . .   | Clinique obstétricale. |
| CADENAT . . . . .  | Clinique chirurgicale. |                     |                        |

## V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé   | Education physique.  |
| FREY . . . . .          | Stomatologie.        |
| LEDoux-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique. |
| WEIL-HALLÉ . . . . .    | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A mes PARENTS (*in memoriam*).

A la très proche mémoire de mon GRAND-PERE,

D' Dubousquet-Laborderie.



A ma FEMME et à mes FILLES.

A mon beau-père, M. Charles GROLLET,  
*en témoignage d'affection.*

A mon beau-frère, le D<sup>r</sup> Louis GROLLET,  
*en témoignage de vive amitié.*

*Meis et amicis.*



Au D<sup>r</sup> FIESSINGER,

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée, médecin de la Charité,

*qui a bien voulu me faire l'honneur de présider cette thèse.*

Au D<sup>r</sup> VIGNES, qui m'a inspiré cette thèse,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.  
Accoucheur de l'hôpital des Enfants assistés.

*Témoignage de très respectueuse amitié.*

A mes MAITRES de l'Ecole de Médecine de Limoges.

A mes MAITRES des hôpitaux de Paris :

D<sup>r</sup> ÂMEUILLE (1<sup>er</sup> semestre 1928).

D<sup>r</sup> MOULONGUET, professeur agrégé (2<sup>e</sup> semestre 1928).

D<sup>r</sup> TROISIER, professeur agrégé (1929).

D<sup>r</sup> LEVEUF, professeur agrégé (1<sup>er</sup> semestre 1930).

D<sup>r</sup> METZGER, professeur agrégé (2<sup>e</sup> semestre 1930).

P<sup>r</sup> FIESSINGER (1930).

D<sup>r</sup> P.-P. LÉVY (1931).

D<sup>r</sup> VIGNES, professeur agrégé (2<sup>e</sup> semestre 1933).

P<sup>r</sup> LœPER (1934).

Au D<sup>r</sup> FERRAND, médecin de l'hôpital Saint-Joseph.

## PREHISTOIRE

L'obésité apparaît-elle avec les premiers documents humains; nos lointains ancêtres préhistoriques durent-ils compter avec elle? Telles sont les premières questions qui viennent à l'esprit en étudiant l'histoire de l'obésité.

Il semble un peu hasardeux, à première vue, d'affronter la pathologie d'époques aussi éloignées, mais la route que nous suivons a déjà été parcourue.

Certains, en effet, se sont efforcés, au moyen d'ossements témoins, de déterminer quelques-unes des affections dont avaient à souffrir les hommes préhistoriques.

Ces recherches n'ont pas toujours été vaines; par le secours de la radiographie, grâce à des séries de coupes, on a pu reconnaître sur les os la trace de quelques affections qui les frappent avec élection.

Ainsi a-t-on diagnostiqué, à longue distance, le rhumatisme chronique qui aurait été fréquent à l'humide période quaternaire, mais aussi certaines atteintes tuberculeuses et sur la diaphyse de tibias, surtout d'outre-Atlantique, la marque de la spécificité.

Et comme en présence d'un squelette il est assez facile, à quelques années près, de déterminer l'âge de l'individu dont ce squelette était l'armature vivante, on a montré que l'homme préhistorique mourait dans la règle jeune, atteignait exceptionnellement la cinquantaine.

Ainsi l'étude attentive des ossements et des seuls ossements a été fructueuse en ce qui concerne la

pathologie des hommes préhistoriques et a permis d'arriver à des notions relativement précises.

Bien qu'actuellement on admette qu'une maladie infectieuse (tuberculose, syphilis et autres) soit susceptible de jouer un rôle dans l'étiologie de l'obésité; bien que le rhumatisme chronique puisse accompagner l'obésité, nous ne pouvons conclure de la seule étude des ossements à l'existence probable de la polysarcie aux temps préhistoriques.

Nous regrettons bien vivement que l'obésité ne laisse pas sur l'os une marque spécifique et nous nous voyons obligés d'avoir, dans la conduite de cette étude, recours à d'autres documents que les documents osseux qui sont, malheureusement pour nous, d'un secours insuffisant.

Or, il existe des statuettes contemporaines de ces temps très reculés et elles revêtent l'aspect de forme féminine à obésité généralisée ou localisée.

Il est peu de science qui, autant que la préhistoire, prête à discussions et à arguties; lorsqu'un fait est isolé et qu'il n'est pas corroboré par d'autres témoignages, il prête à toutes les hypothèses; ainsi, par exemple, lorsqu'on découvrit le premier squelette de l'homme au front fuyant, aux arcades sourcilières saillantes, caractéristique de la race dite de Néanderthal, beaucoup de savants se refusèrent à voir là un aspect humain racial et invoquèrent les uns une anomalie (rachitisme, microcéphalie, idiotie congénitale); d'autres ne voulurent voir là que le représentant d'une race de singes anthropoïdes; il fallut la découverte d'une vingtaine de squelettes du même type, dont l'homme de la Chapelle au Saint, pour faire admettre la réalité humaine et raciale.

Il en va de même aujourd'hui pour les quelques statuettes que nous possédons de l'époque aurignacienne.

Elles sont rares, elles ne sont pas toutes semblables, l'authenticité de certaines a été contestée, les unes sont à obésité généralisée, d'autres à obésité localisée.

Elles ont donné lieu à des discussions passionnées (en rapport avec cette obésité), d'autant plus vives qu'elles mettent en jeu tout un échafaudage théorique sur les migrations humaines.

Nous n'entrerons pas dans les détails un peu ardu de ces discussions spécialisées, nous les esquisserons à grand trait sans perdre de vue la première question que nous nous sommes proposée au début de ce chapitre :

— L'obésité existait-elle chez les hommes préhistoriques?

Nous verrons la difficulté d'une réponse ferme et d'une conclusion d'allure définitive.

La thèse de M. Georges Michiels : « L'Obésité partielle, stéatopygie », faite en 1926 sur l'instigation et sous la direction de M. Félix REGNAULT, nous sera fort secourable.

Nous prendrons dans cette thèse beaucoup des éléments de la discussion; nous utiliserons également un article paru en 1926 dans la revue *Esculape*, sous la signature de M. Jean Avallon.

Dans un premier temps nous décrirons ces statuettes.

Dans un second temps, nous envisagerons en les schématisant, les discussions qu'elles ont fait naître.

## I. — DESCRIPTION DES STATUETTES.

a) La VÉNUS DE WILENDORF est la figuration la plus ancienne que nous ayons de la forme humaine. Elle a été trouvée par Szonbathy sur les bords du Danube dans le foyer aurignacien de Wilendorf. L'artiste des temps préhistoriques fut peut-être, sans le savoir,

un sagace observateur. La morphologie des caractères sexuels secondaires est bien mise en évidence, le diamètre iliaque l'emporte largement sur le diamètre acromial. L'obésité est évidente, le cou ramassé semble absent, les seins sont pleins et hémisphériques, le ventre en batracien est énorme et étalé; l'ouverture de la vulve est très marquée et basse par rapport aux cuisses. La Vénus de Wilendorf est obèse mais sans stéatopygie.

b) PIETTE a trouvé dans la caverne de Brassempuy, dans les Pyrénées, deux statuettes en ivoire qui ont les petites lèvres ou nymphes développées, les fesses sont volumineuses mais étalées.

c) LA DAME DE LESPUGNE a été trouvée par le D<sup>r</sup> René de Saint-Perrier, dans la grotte de Lespugne, en Haute-Garonne.

« La tête est petite, sans indication des traits de la face », écrit M. de Madariaga, seuls les cheveux sont marqués, tombant sur le haut du visage, et en arrière jusqu'au niveau des omoplates. Le cou est mince, le torse grêle, les bras détachés du corps viennent s'appuyer sur deux seins monstrueux qui pendent du maigre thorax, comme deux outres tombent sur le ventre qu'ils repoussent en avant. Les cuisses sont grosses, les fesses aplaties sont énormes, mais la cambrure accentuée des reins, particulière aux femmes stéatopyges boschimanés, n'existe pas.

d) LA FEMME DE LAUSSEL est un bas-relief sur pierre, découvert en 1912 par le D<sup>r</sup> Lalanne, à Laussegrotte (Dordogne), représentant une femme à tête fortement dolichocéphale, aux seins volumineux retombant sur un ventre proéminent. La main droite tient une corne de bison ornée de treize coches transversales. On a

voulu voir dans cette sculpture la représentation d'une divinité tellurique des premiers âges. A cette statuette on trouve, avant tout, de la stéatotrochanterie et de la stéatomerie.

Il faut dire que l'on a reproché au D<sup>r</sup> Lalanne de ne pas surveiller ses fouilles, et l'authenticité de cette statuette a été mise en doute.

e) Enfin, le D<sup>r</sup> Jullien a trouvé à Barma-Grande, des statuettes nettement stéatopygiques, sans stéatomerie, ni obésité.

Telles sont les statuettes de l'époque paléolithique.

## II. — DISCUSSION.

La discussion se fera sur deux points :

1° L'artiste a-t-il traduit les images réelles de personnalités vivantes, ou bien a-t-il voulu donner visage à une conception d'esprit?

2° Est-il possible d'affirmer indéniablement la stéatopygie de certaines de ces statuettes?

Le premier de ces points nous intéresse très directement.

Si l'artiste, à qui l'on doit la VÉNUS DE WILENDORF, a représenté une image vivante, il est évident que l'obésité humaine généralisée existait au premier âge, quitte à ne pas nier qu'elle puisse représenter des cas d'exception.

Si, au contraire, l'artiste a voulu traduire une conception hors du réel, toutes les hypothèses sont possibles.

Peut-être une notion particulière d'esthétique lui a-t-il fait accentuer quelques traits dans le sens d'un certain idéal.

Peut-être par les seins volumineux et les hanches larges a-t-il voulu représenter un certain rite de fécondité.

Ce rite de fécondité répondait-il à une notion de divinité, ce qui indiquerait déjà une certaine civilisation, ou bien faut-il ranger ces statuettes au rang d'amulettes ou de fétiches, nous n'avons pas à le discuter ici.

Le second point de la discussion nous intéresse peut-être moins directement, mais à propos d'obésité localisée, il pose un problème ethnologique tellement important que nous croyons devoir l'esquisser.

Certains anthropologistes ont émis, en effet, l'hypothèse qu'une race semblable à la race négroïde et stéatopyge des actuellement décimés bochimans aurait, aux temps primitifs, effectué des migrations. Elle serait partie du centre de l'Afrique et aurait émigré vers l'Afrique du Sud d'une part, vers la région méditerranéenne d'autre part, où elle aurait colonisé.

Une stéatopygie évidente des statuettes féminines préhistoriques serait un gros argument en faveur de cette hypothèse; c'est pourquoi la stéatopygie des statuettes précédemment décrites, a été vivement discutée.

A vrai dire, bien qu'à propos des statuettes de Brassempuy, Piette ait écrit : « Il y a eu, dans la région pyrénéenne, au commencement des temps glyptiques, une race velue caractérisée par l'allongement des nymphes et la stéatopygie chez la femme », on doit reconnaître :

1° Que les statuettes en ivoire de Piette ont des fesses volumineuses mais étalées, qui ne répondent en rien à la stéatopygie des femmes boschimanes.

2° Qu'elles possèdent certes des nymphes dévelop-

pées, mais le développement des petites lèvres se voit dans d'autres races que la race boschimane.

LA DAME DE LESPUGNE n'est pas stéatopyge, bien que le D<sup>r</sup> René de Saint-Perrier ait écrit :

« Elle représente le type négroïde de Grimaldi, et sa ressemblance avec les femmes boschimanés est indéniable. »

Seules les statuettes du D<sup>r</sup> Jullien, à Barma-Grande, sont nettement stéatopyges, mais les crânes trouvés dans le voisinage, à Grimaldi, ne ressemblent pas à ceux des Boschimans, quoiqu'il s'agisse de crânes négroïdes; les squelettes, d'autre part, sont d'une taille plus considérable que ceux des boschimanés. De plus, le D<sup>r</sup> Félix Regnault a mis en doute l'authenticité d'une de ces statuettes.

Nous pouvons conclure cette discussion en disant que :

1° L'homme paléolithique a tendance à représenter des femmes obèses, stéatopyges ou callipyges, mais on ne peut affirmer que ces images traduisent une réalité.

2° Ces arguments ne sont pas suffisants pour identifier la race boschimane à la race des hommes qui a sculpté les statuettes que nous avons décrites.

Somme toute, nous nous rangeons volontiers à la conclusion de M. Avallon qui termine son article d'*Esculape* par ces mots : « Quoi qu'il en soit, que nous soyons en présence de figures représentant des divinités, des êtres idéalisés, ou des êtres réels appartenant à une race négroïde qui paraît avoir vécu en quelques points, elles semblent représenter des cas d'exception et non le type réel de l'époque qui nous occupe. Le type, nous le retrouverons dans les peintures des grottes espagnoles parmi lesquelles il faut

citer celles de Minateda, de Logul et de la Viga, qui s'accordent parfaitement avec les indications qu'on peut tirer des ossements.

Le goût des hommes paléolithiques qui aimaient à représenter des femmes obèses a persisté à l'époque néolithique. On possède de cette époque des échantillons très nombreux. Ici encore ce ne sont pas toujours des obésités généralisées, souvent il y a prépondérance aux hanches et aux cuisses; telles sont les statuettes de l'île de Malte.

On trouve des types obèses dans la protohistoire et la préhistoire des trois grandes civilisations grecque, babylonienne et égyptienne. Les céroplastés de Tanagra, de Smyrne, d'Alexandrie, se sont complus à représenter des femmes enceintes; comme leur art est très évolué, il n'y a aucun doute à cet égard.

Fait qui nous intéresse particulièrement, avant l'accouchement on trouve un embonpoint marqué, indiquant que la mère supporte bien l'état de gestation.

Après l'accouchement, au contraire, des terres cuites portent sur leurs ventres flasques et déprimés des vergetures typiques sous forme de dépressions multiples, verticales, profondes.

Dans l'art babylonien, la lipomatose est localisée à la face externe des cuisses, à toutes les époques.

Dans l'art égyptien, l'art thimique nous montre des statuettes grossières représentant des obèses stéatopygiques et lordotiques; plus tard, on trouve une stéatomerie antérieure, puis externe.

A propos d'art égyptien, nous ne pouvons passer sous silence le bas-relief connu sous le nom de REINE DE POUNT. Il a donné lieu à de nombreuses discussions. Ce bas-relief a été découvert par Mariette, au temple de Deir-el-Bahari, près de Thèbes.

Il représente une ambassade du pays de Pount

(Somalie), venant offrir des présents au roi d'Égypte. Mariette en fait une stéatopygie, et cette théorie est restée longtemps classique (théorie de la race bochimane ayant précédé les autres sur tout le sol africain, voire européen et asiatique).

Or un examen attentif semble bien montrer que cette difformité est pathologique et non raciale; les lipomes sont localisés aux membres, aux bras et aux cuisses, et non aux fesses. Les avis sont partagés sur la nature de cette infirmité et il est difficile d'établir un diagnostic. Cependant, dans sa thèse, M. Georges Michiels représente côte à côte, sur une même planche, la reine de Pount et le cas bien connu de lipomatose monstrueuse de la maladie de Dartigues et Bonneau. Nous avouons qu'il nous semble difficile de ne pas trouver dans ces deux images de frappantes analogies.



## Antiquité et Obésité

### HISTOIRE

Dans ce chapitre, nous allons essayer de grouper les éléments sur l'obésité qui nous ont été légués par les médecins et naturalistes antiques d'une part.

D'autre part, nous rapporterons les écrits des écrivains (historiens, poètes), qui nous sembleront présenter de l'intérêt.

En Grèce, avant la naissance d'Hippocrate, trois écoles enseignaient la médecine; l'école de Cos, celle de Cnide et celle de Rhodes. Cette dernière disparut bien avant la naissance d'Hippocrate (460 ans avant J.-C.). Malheureusement, les ouvrages antérieurs à Hippocrate, les *Prorrhéiques* et les *Prénotions* ont péri, mais on sait qu'il existait une rivalité de doctrine entre les écoles de Cos et de Cnide.

A Cos on considérait l'état morbide comme une manifestation de tout l'organisme.

A Cnide on considérait toute affection comme purement locale à l'origine.

Il n'est pas défendu de supposer et il est même probable qu'avant Hippocrate disciple de l'école de Cos, les deux écoles rivales aient eu leur attention attirée sur le problème de l'obésité. Le jeu leur aura alors été facile de trouver dans l'obésité et ses différentes formes des arguments divers pour leurs thèses en présence.

Dans l'œuvre d'Hippocrate on trouve des docu-

ments ressortissant à l'obésité. Il est possible que le prince de la médecine ait tiré ses assertions de son propre don d'observation, mais il est possible aussi que l'enseignement de ses maîtres de Cos n'y soit pas quantité négligeable. Nous transcrivons ici plusieurs aphorismes d'Hippocrate sur l'obésité.

« Ceux qui sont naturellement très gros sont plus exposés à mourir subitement que ceux qui sont maigres. »

« Chez les femmes extraordinairement grasses, qui ne conçoivent pas, l'épiploon comprime l'orifice de la matrice et elles n'enfantent point avant d'avoir maigri. »

« Les femmes extraordinairement maigres qui deviennent enceintes avortent (avant deux mois), jusqu'à ce qu'elles aient engraisé. »

« Une femme qui a pris un embonpoint excessif de la graisse et est devenue pleine de pituité (?) ne conçoit pas durant tout ce temps. »

Mais celle qui est telle naturellement conçoit en raison de ces circonstances, si rien d'autre n'y fait empêchement. »

« Les individus qui ont mené une vie dure et ont été gens de travail corporel et de métier pendant leur jeunesse, mais qui, plus tard, sont délivrés de leurs labeurs, ont pris de l'embonpoint dû à une chair molle et bien différente de l'ancienne et dans leur corps profondément divisé entre la constitution antécédente et la constitution acquise, il n'y a plus d'accord, etc... »

« Chez les athlètes, un état de santé porté à l'extrême est dangereux, car il ne peut demeurer au même point, et puisqu'il ne peut ni rester station-

naire, ni arriver encore à une amélioration, il ne lui reste plus qu'à se détériorer. C'est donc pour cela qu'il faut se hâter de faire tomber cette exubérance de santé, afin que le corps puisse recommencer à se nourrir; il ne faut cependant pas pousser l'affaïssement à l'extrême, car ce serait dangereux, mais le porter à un degré tel que la nature de l'individu puisse y résister. »

De ces observations transcrites d'Hippocrate, par l'intermédiaire des traductions Dacier et Littré, seule la dernière, relative aux athlètes, prête à interprétation.

On peut se demander si Hippocrate veut parler d'exubérance grasseuse ou musculaire et s'il juge nécessaire, à un moment donné, d'arrêter l'accroissement musculaire ou de lutter contre une obésité débilitante.

Hippocrate dans d'autres écrits (des airs, des eaux et des lieux), envisage les rapports de l'obésité et du climat. Il dit, en parlant des Scythes et de leur pays :

« Les saisons n'offrent pas de vicissitudes grandes et intenses, elles se ressemblent et ne subissent guère de modifications. De là vient que les formes extérieures sont partout semblables à elles-mêmes. Les Scythes se nourrissent et se vêtent toujours de la même manière en été comme en hiver. Ils respirent toujours un air épais et humide, boivent des eaux de neige et de glace et sont peu propres à supporter les fatigues car ni le corps, ni l'esprit, ne peuvent soutenir la fatigue dans les pays où les saisons ne présentent pas de variations intenses. Pour toutes ces causes nécessairement leurs formes sont grossières, leur corps est chargé d'embonpoint, leurs articulations sont peu apparentes, humides et faibles.

A cause de la graisse et à cause de l'absence de

poils, les formes extérieures sont les mêmes chez tous; les hommes ressemblent aux hommes, les femmes aux femmes (*sic*)...

Les femmes ont les formes extérieures prodigieusement flasques et sont très lentes...

Une race ainsi constituée ne saurait être féconde. Les hommes sont très peu portés aux plaisirs de l'amour à cause de leur constitution humide, etc...

Telles sont pour les hommes les causes d'impuissance; pour les femmes, la stérilité vient de la surcharge de graisse et de l'humidité des chairs, car ni la matrice ne peut saisir la liqueur séminale, ni la purgation menstruelle ne se fait convenablement; elle est au contraire peu abondante et ne revient qu'à long intervalle; l'orifice de la matrice bouché par la graisse, ne peut recevoir la semence; ajoutez à cela l'aversion pour le travail, l'embonpoint, la mollesse et la froideur des cavités. C'est pour toutes ces raisons que la race scythe est nécessairement peu féconde. Les esclaves femelles en sont une grande preuve. Elles n'ont pas plus tôt de commerce avec un homme qu'elles deviennent enceintes, et cela parce qu'elles travaillent et qu'elles sont plus maigres que leur maîtresse. Une autre observation à faire, c'est que les Scythes deviennent pour la plupart impuissants, s'occupent aux travaux des femmes et ont le même timbre de voix qu'elles. On les appelle anandres (c'est-à-dire efféminés). »

Pour lutter contre l'obésité et ses inconvénients, Hippocrate préconisait le traitement en ces termes :

« Les gens gras et tous ceux qui veulent devenir plus minces doivent faire à jeun toute chose laborieuse et se mettre à manger encore essoufflés par la pratique, sans se rafraîchir et après avoir bu du vin trempé et non très froid; leurs mets seront apprêtés

avec du sésame, des douceurs et autres substances et ces plats seront gras; de cette façon, on se rassasiera en mangeant le moins, mais en outre on ne fera qu'un repas, on ne prendra pas de bain, on se couchera sur un lit dur, on se promènera autant que l'on pourra. »

Par ailleurs, Hippocrate envisage les rapports du massage avec l'engraissement et l'amaigrissement.

« La friction peut relâcher ou resserrer, donner de la chair ou amaigrir; une friction sèche resserre, une friction molle relâche, une friction fréquente amaigrît, une friction modérée épaissit. »

Galien (201-131), de son côté, avait remarqué que les obèses meurent jeunes; comme dans les fièvres, les obèses perdent une grande partie de leur poids et avec une grande rapidité, la fièvre constitue pour lui un des modes de faire disparaître l'embonpoint.

Dans une observation (2, temp 4°), il atteste que quelques polysarques sont doués de grands talents tandis que d'autres en sont absolument dénués.

Comme traitement, il conseille les bains et les frictions.

« Pendant l'hiver, il sera utile de frictionner avec la même huile après le bain; mais il sera convenable de prendre la nourriture non au sortir du bain mais après un peu de sommeil. Si le malade le peut, vous lui permettrez de se baigner encore avant le repas<sup>1</sup>. »

De plus, Galien observe que les gens qui surveillent les vignes et qui demeurent deux mois sans manger autre chose que des figues et des raisins deviennent gras.

---

1. Galeni, operum omnium sectio quinta vene M. D. x L. I. liber XIV, de methodo medendi, vel de morbis curandis cap. XV et XVI, p. 529, 532.

Aristote (384-322), bien qu'il ne se soit pas spécialement attaché à l'étude de la médecine, s'est cependant arrêté, au cours de ses multiples études, à l'obésité des hommes et des animaux.

Il a fait différentes remarques. Il a remarqué que les animaux gras ont moins de sang que les autres. Il note qu'avant de l'engraisser, l'éleveur fait jeûner l'animal durant trois jours.

Il semble avoir remarqué un certain degré de dégénérescence grasseuse des muscles et dans son histoire des animaux, il l'attribue à un excès de nourriture.

Il se demande : « Pourquoi les autres parties du corps grossissent-elles par des frictions tandis qu'au contraire, le ventre s'allège et diminue. »

Aristote dit également que les personnes grasses vieillissent de bonne heure et que, par conséquent, elles terminent plus tôt leurs jours.

Il nous est rapporté que le philosophe Pythagore<sup>1</sup> conseillait non seulement la continence, mais l'abstention de tout rapport sexuel, à moins qu'on eût besoin de maigrir ou qu'on ne fût incommodé par un excès de vigueur et de santé.

Du reste, les Grecs, amis de l'esthétique et de l'effort physique, comprenaient mal l'obésité.

Dancel, dans son traité de l'obésité, 1863, écrit :

« Il y avait à Athènes et à Rome, des hommes qui faisaient métier d'engraisser et de dégraisser les esclaves, on les appelait andropodo capeloï. Les moyens employés dans ce but nous sont inconnus, mais ils ne pourraient être mis en œuvre de notre temps. »

Nous savons cependant, que le système diététique

---

1. VI<sup>e</sup> siècle avant J.-C. et d'existence problématique.

qui formait les athlètes grecs et qui avait pour but d'empêcher l'embonpoint, comprenait l'abstinence des boissons<sup>2</sup>.

L'obésité, à Athènes, devait apparaître comme ridicule, si l'on en croit Aristophane, dans sa pièce *Les Grenouilles*, qui, après avoir déploré un certain état d'esprit qui détourne les jeunes gens du stade, nous montre un obèse s'essayant à la course : « ... Je pensais mourir de rire en voyant courir un petit homme gras, tout courbé, blanc, bien en arrière des autres et qui se donnait un mal affreux.

« Arrivé aux portes du Céramique, ceux qui se trouvèrent là le fouettèrent sur les reins, sur le ventre, sur les côtes, sur les fesses, au point qu'il courut avec son flambeau éteint par un vent qui lui échappe. »

Si Cornélius Népos nous apprend, dans son *Alcibiade*, que les Béotiens les plus méprisés des Grecs étaient gras et replets, des Grecs célèbres payèrent cependant leur tribut à l'obésité.

Epaminondas fut un des hommes les plus gras. Trois hommes pouvaient à peine embrasser son corps<sup>2</sup>.

Les auteurs rapportent que Platon était très gras.

A Sparte, où la vie était avant tout réglée dans un but militaire, l'obèse était considéré avec le plus grand mépris et les lois de Lycurgue s'efforçaient d'obtenir la sobriété.

Plutarque, dans la vie de Lycurgue, nous rapporte : « Il obligea les citoyens de manger tous ensemble et de se nourrir des mêmes viandes réglées par la loi. Il leur défendit de prendre chez eux leurs repas sur des lits somptueux et sur des tables magnifiques; de se faire servir par des cuisinières et des

---

<sup>2</sup>. René Geoffroy, causes et traitements de l'obésité : Thèse de Paris, 1886.

<sup>2</sup>. Cité par Worthington, « De l'Obésité », Thèse de Paris, 1875.

officiers habiles, pour s'engraisser dans les ténèbres comme des animaux gloutons et corrompre à la fin et l'esprit et le corps, en s'abandonnant à toutes sortes de sensualité et de débauches qui, comme de véritables maladies, obligent ensuite à de longs sommeils, à des bains chauds, à un repos fréquent et à des remèdes continuels. »

Du reste, les Ephores faisaient comparaître chaque mois devant eux les jeunes gens tout nus et lorsque certains d'entre eux semblaient montrer quelque propension à la rotundité, ils les soumettaient à des exercices et à un régime qui avaient bientôt raison de cette menace d'embonpoint.

On cite aussi l'exemple d'un certain Nauclide qui, étant devenu très corpulent, fut amené devant l'assemblée du peuple où Lysandre lui reprocha de trop se complaire aux plaisirs de la table, le menaçant de l'expulser de la ville s'il persistait dans sa faiblesse.

En Italie et spécialement à Rome, les médecins se sont également préoccupés de l'obésité.

Celse, médecin célèbre du *siècle* d'Auguste qui suivait la doctrine d'Hippocrate et qui est renommé pour la pureté de son style, écrit :

« On doit s'attacher sur toutes choses à bien connaître son tempérament. Il est des personnes maigres, il en est de grasses... un homme maigre doit observer un régime très nourrissant, celui qui est gras doit en observer un tout contraire. »

Et plus loin :

« Les choses qui procurent de l'embonpoint sont l'exercice modéré, le repos fréquent, l'onction, le bain pris après le dîner, la constipation, le froid modéré en hiver, un sommeil paisible, mais pas trop long, un lit mollet; la tranquillité d'âme, des boissons et des

aliments doux et gras, des repos fréquents et aussi copieux que l'estomac peut les digérer.

« Les choses qui font maigrir sont :

« L'immersion dans l'eau chaude, surtout si elle est salée; l'ardeur du soleil et toute sorte de chaleur; les soucis, les veilles; le sommeil ou trop court ou trop long; l'habitude de coucher sur la terre en été; un lit dur en hiver; la course, la marche prolongée, tout exercice violent; le vomissement, la purgation; les substances acides et austères; l'habitude de ne faire qu'un repas par jour et de boire à jeun du vin qui ne soit pas froid. »

Il assure, d'autre part, que les polysarques sont sujets aux maladies aiguës, aux dyspnées, à la mort subite.

Au sujet de la friction, Celse répète Hippocrate, et il en donne plus loin la manière d'agir :

« Car on ne resserre une chose qu'en ôtant ce qui la rendait lâche, on n'en ramollit une autre qu'en retranchant ce qui en faisait la dureté; on engraisse non pas par la friction, mais par la nourriture qui pénètre jusqu'à la peau qu'on a relâchée et comme décollée auparavant par ce moyen. »

Caelius Aurelianus crée le terme de polysarcie souvent employé, actuellement, comme équivalent de l'obésité; ce même médecin rapproche l'obésité de la cachexie.

Cité par Maccary Caeluis, Aurelianus ordonnait contre l'obésité le coït avant le dîner, après le bain, voulant que ce même jour on se nourrisse assez mal, qu'on joue à l'escarpolette, que l'eau pure soit la seule boisson, qu'on prenne un vomitif après lequel il permet le soir un peu de vin.

Les naturalistes romains ont fait des remarques intéressantes sur les animaux.

Pline<sup>1</sup>, nous a appris que les animaux très gras sont privés de sentiment et qu'ils peuvent être impunément piqués.

Varon (116-127), avant J.-C., rapporte une observation analogue à celle de Pline.

Il nous parle d'un porc qui, à cause de l'énormité de sa masse, non seulement ne pouvait se dresser sur terre, mais encore, dit-il, il ne quittait pas sa litière et son insensibilité était telle que les rats se nourrissaient de sa chair.

Un naturaliste romain raconte, écrit J. P. Franck, « que des médecins enlevèrent de la graisse avec l'instrument tranchant, au fils d'Apronius, pour diminuer le poids de son corps. »

L'obésité était aussi peu appréciée à Rome qu'en Grèce, tant pour les hommes que pour les femmes.

S'il faut en croire le poète Lucilius, il semble qu'une heureuse sveltesse fit à Rome partie de l'esthétique féminine.

Parlant du choix d'une femme, Lucilius s'exprime ainsi :

« On la choisit parce qu'elle est svelte et agile, parce qu'elle a la poitrine blanche, parce qu'elle ressemble à un enfant. »

Aussi, les Romains faisaient leur possible pour lutter contre les méfaits de l'obésité.

Dancel, dans sa thèse<sup>2</sup>, nous apprend que les dames romaines qui avaient les seins trop développés, faisaient l'application d'un cataplasme composé de terre de Lemnos, d'un peu de chaux, de suc de persil et de blanc d'œuf.

---

1. livre 2, Hist nat., cap. XXXVII.

2. Paris, 1863.

Il ajoute :

« Beaucoup des mêmes dames dont la mode de s'habiller allait fort mal avec de gros seins, employaient, pour en arrêter le développement, des boîtes fort légères, qu'elles adaptaient dessus et qui agissaient à l'instar de moyens mécaniques dont se servent les femmes chinoises pour emprisonner leurs pieds et les tenir toujours petits. »

Elles appliquaient également sur leurs seins, dans le même but, la chair fraîche d'un poisson appelé ange, et qui est une sorte de squalo célèbre pour sa voracité.

Toujours à Rome, l'homme obèse était considéré avec mépris.

Des soldats, gênés par leur masse, devaient s'efforcer de maigrir.

César faisait profession de ne point redouter ses ennemis lorsqu'ils avaient un gros ventre. Averti que ses jours étaient menacés par des conspirateurs, il répondit : « Ce n'est pas Antoine et Dolabella, ces gens gras et bien soignés qu'il faut craindre; mais plutôt ces hommes si maigres et si pâles, comme Brutus et Cassius. »

Les chevaliers romains devenus gras étaient condamnés à la perte de leur cheval.

Faurot<sup>1</sup>, dans sa thèse, nous rapporte cet exemple extrait du (*de Bello Belgico*), lib. 8 :

« Scipio Vitellius, célèbre dans l'histoire belge, comme environ à la moitié de son âge, la masse de son corps croissait de telle sorte que son ventre était projeté en avant d'une manière immodérée et qu'il se voyait chaque jour moins apte aux besoins de la

---

1. Faurot, thèse Paris, 1867.

guerre; cet homme qui rapportait tout à la vie militaire, s'interdit spontanément l'usage du vin, se mit à boire du vinaigre et persévéra jusqu'à la fin de sa vie. Il fit de telle sorte que son abdomen dégonflant et la peau de son ventre se détachant, il pouvait s'entourer de cette dernière à la manière d'un vêtement; il est avéré qu'il perdit ainsi quatre-vingt-sept livres de son poids. »

Et pourtant des Romains célèbres furent obèses comme le furent des Grecs célèbres; nous voulons en étudier trois<sup>o</sup>: Vitellius, Horace et Marius.

Nous les étudions parce que nous possédons sur eux des documents.

Suétone nous a transmis les habitudes alimentaires de Vitellius et décrit sa cruauté.

Horace lui-même, nous a parlé de sa corpulence et de ses goûts culinaires. Suétone également, nous a transmis des documents sur l'obésité d'Horace.

Plutarque nous permet de suivre Marius tout au long de sa vie et d'assister à sa mort.

Ces documents sont uniquement descriptifs; écrits par d'autres que des médecins, ils ont peut-être l'avantage de ne pas déformer les faits comme pourrait le faire un esprit médical en essayant de les interpréter.

Voici comment Suétone nous décrit les repas de Vitellius :

« Il s'arrangeait de manière à faire par jour, trois et souvent quatre repas, qu'il distinguait en déjeuners, dîners, soupers et collations. Il suffisait à tout, grâce à son habitude de se faire vomir. Il s'annonçait le même jour à diverses personnes et pour divers repas, et l'on n'en fut jamais quitte à moins de 400 mille cesterces pour chacun de ces festins. Le

souper que lui donna son frère à son arrivée, surpassa tout ce qu'on rapportait jusque-là de ces parties de tables : on y servit, dit-on, deux mille poissons des plus recherchés et sept mille oiseaux. Cependant, il alla encore au delà, à l'occasion de la dédicace d'un plat, qu'à raison de sa dimension, il avait coutume d'appeler « le bouclier de Minerve, protectrice de la cible ». Il y fit mêler des foies de carrelets, des cervelles de faisans et de paons, des langues de phénicoptères, des laitances.

Les patrons de navire et des trirèmes avaient rassemblé tout cela depuis le pays des Parthes jusqu'à la mer d'Espagne. Non seulement il avait une faim gloutonne, mais cet appétit était sale et dérégulé. Jamais, ni dans un sacrifice, ni dans ses voyages, il ne put s'abstenir de dévorer ce qu'il voyait sur les autels, il arrachait, pour ainsi dire, au feu les viandes et les gâteaux et les avalait.

Le long des chemins, devant les cabarets, il s'emparait des mets encore fumants, ou dévorait ceux de la veille qui étaient à demi rongés... Toujours disposé à donner la mort et à livrer au supplice tous ceux qui se présentaient sans distinction de personnes et sous les plus légers prétextes. »

Horace était petit de taille mais épais; Suétone nous le décrit ainsi, c'est ainsi qu'il se dépeint lui-même dans ses satyres et que nous le représente Auguste dans les lettres suivantes : « Dionysius m'a apporté votre petit ouvrage; si petit qu'il soit, j'y trouve de quoi vous accuser. Vous me paraissez craindre, en effet, que vos livres ne deviennent plus grands que vous ne l'êtes vous-même. Mais si la taille vous manque, il n'en est pas de même de la corpulence; vous pourriez, en effet, les écrire sur un boisseau. Le pourtour de votre volume est des plus bombés, comme celui de votre ventre. »

Sous le rapport de l'alimentation, on pourrait presque opposer Horace à la brute dévorante qu'était Vitellius; contrairement à Vitellius, Horace recherche d'abord la qualité, il est préoccupé de méthodes culinaires, il raisonne des mets qui peuvent être utiles ou nuisibles à son état de santé et il donne de l'importance aux accessoires du repas, au cadre qui conditionne le festin. Nous extrayons sur ce sujet quelques phrases de son œuvre où il semble bien parler par la bouche d'un de ses personnages :

« Rien de plus fades que les fruits d'un jardin trop arrosé. » Si le soir, un convive vient tout à coup vous surprendre, pour que le poulet fraîchement tué ne résiste pas à la dent, apprenez qu'il faut le plonger vivant dans du Falerne pur, ce procédé rend sa chair plus tendre. Les champignons des prés sont d'une excellente qualité, mal en prend de se fier aux autres. Voulez-vous, sans maladie, passer vos étés? Mangez à la fin de votre dîner, des mûres noires que, sur l'arbre, on cueillit avant la chaleur du soleil. Aufidius mêlait le miel avec du fort vin de Falerne, il avait tort. Il ne faut, quand l'estomac est vide, l'humecter que des breuvages les plus doux. Votre ventre paresseux est-il obstrué, les moules et d'autres menus coquillages vous feront évacuer; usez aussi de petite oseille, sans oublier le vin de Coa, etc...

... Par quel dégoût le cœur se soulève lorsqu'un valet applique sur un gobelet ses doigts gras de la sauce qu'il lèche à la dérobée, ou lorsqu'une tasse porte l'empreinte de la crasse amassée par le temps... »

Ce genre de gourmandise, de l'obèse Horace, est évidemment bien différent de la goinfrerie de l'obèse Vitellius.

Marius, jeune, avait montré une grande force

d'âme, il avait été soldat courageux et général habile mais, plus tard, il fut envahi par l'obésité et Plutarque nous le montre alors de caractère bien différent. En parlant de la guerre des Alliés, Plutarque écrit :

« ... Car Marius parut lent dans toutes ses entreprises, irrésolu, paresseux et plein de délais, soit que la vieillesse eût éteint l'activité et le feu qui étaient en lui, car il avait soixante-cinq ans passés, ou comme il le disait lui-même, qu'étant accablé de fluxions et qu'ayant de la peine à se remuer, il ne soutint le poids de cette guerre que par honneur et au delà de ses forces... Enfin, il fut obligé d'abandonner le commandement, comme ne pouvant plus s'aider de sa personne à cause de son extrême faiblesse. »

Il mourut d'une affection à évolution rapide :

« Marius ne fut alité que pendant sept jours. Son ambition démesurée parut surtout dans sa maladie par un délire où il tomba, car il rêva qu'il conduisait une armée romaine contre Mithridate et qu'il lui livrait bataille. Il faisait les mêmes gestes et les mêmes mouvements qu'il était accoutumé de faire dans les combats et jetait les mêmes commandements et les mêmes cris de victoire, tant son envie de commander et sa jalousie naturelle avaient empreint dans son cœur cette forte et violente passion d'avoir cette guerre à conduire. »

Si l'ensemble des peuples antiques réprouvait l'obésité, cette loi n'était pas absolument générale.

Autrefois, chez les Egyptiens, l'obésité était considérée comme une beauté chez les femmes et Prosper Alpin nous a transmis le moyen qu'elles employaient pour se mettre en état de plaire. Ce moyen consistait à avaler un potage fait avec une poule grasse, puis

à prendre un bain chaud pendant la durée duquel elles mangeaient la poule tout entière. Prosper Alpin a également remarqué que chez les habitants de l'Égypte, l'abus des plaisirs de Vénus, l'usage habituel des bains chauds et la chaleur du climat rendaient les hommes si replets qu'il n'était pas rare de voir leurs mamelles se développer et excéder en volume celles des femmes les plus grasses.

Les historiens nous ont transmis l'histoire de Denys, tyran d'Héraclée, en Asie. On ne pouvait, disaient-ils, tirer Denys d'Héraclée de l'état de somnolence dans lequel le plongeait une obésité excessive qu'en le piquant avec une longue aiguille ou en couvrant son corps de sangsues. Après sa mort, étouffé par la graisse, il pouvait à peine être transporté à son tombeau.

## CONCLUSION

De cette étude, il ressort qu'Hippocrate, le premier à notre connaissance, a établi des documents cliniques sur l'obésité :

1° Les obèses sont exposés à mourir subitement;

2° L'embonpoint est, chez certaines femmes, un obstacle à la fécondité;

3° Il faut redouter l'obésité chez ceux qui, soumis à de durs travaux, les abandonnent pour une vie moins active.

Ces trois propositions sont généralement admises.

4° Par l'exemple des Scythes, Hippocrate a voulu établir les rapports de l'obésité avec le climat et le genre de vie.

Ces rapports sont actuellement mal précisés.

5° Au point de vue thérapeutique, il a préconisé le régime, l'exercice, le massage.

La thérapeutique diététique et physiothérapique de l'obésité ou des obésités, est encore très discutée.

6° Il a essayé de donner une explication pathogénique de l'infécondité de certaines femmes grasses.

L'explication hippocratique n'est plus aujourd'hui admise.

En Grèce, à la suite d'Hippocrate, Galien a, le premier, fait l'importante remarque que les obèses sont susceptibles de mourir jeunes.

Il a peut-être entrevu le premier le rôle de certains aliments dans la genèse de la polysarcie.

Aristote a remarqué :

a) Chez les animaux gras :

Des modifications sanguines;  
Des modifications de la sensibilité;  
Des modifications de structure musculaire.

b) Chez l'homme obèse :

Il semble avoir étudié certains effets du massage.

Il a remarqué, également, que les obèses meurent jeunes.

L'étude des auteurs grecs nous montre le mépris qui entourait l'obèse et les efforts du législateur pour préserver les citoyens de l'adiposité.

A Rome, Celse, disciple d'Hippocrate, cherche à établir différentes étiologies de l'obésité et un mode logique de traitement.

Il corrobore certaines remarques d'Hippocrate et de Galien.

Cælius Aurélianus crée le terme, du reste impropre de polysarcie, et rapproche de l'obésité des cachexies.

Pline et Varon, font des remarques sur la diminution de la sensibilité des animaux à la suite de l'obésité.

Différents auteurs nous rapportent :

a) Le mépris des Romains pour l'obésité;

b) Certaines pratiques de coquetterie des dames romaines pour lutter contre l'obésité;

c) Et déjà l'emploi du vinaigre pour obtenir l'amaigrissement.

Suétone nous montre la manière de s'alimenter de l'obèse Vitellius.

Horace, autre obèse, s'étend sur des considérations culinaires qui lui sont chères.

Plutarque, dans la vie de Marius, nous montre le comportement psychique de Marius, sur l'influence de l'obésité, sa mort au cours d'une maladie aiguë.

En dernier lieu, on voit la conception égyptienne de l'obésité différente de la conception romaine et grecque.

Dans l'ensemble, si on compare nos connaissances actuelles sur l'obésité à celle des médecins et naturalistes grecs et romains, il apparaît que l'information de ces derniers sur la question, était assez étendue et qu'ils avaient déjà entrevu plusieurs aspects du problème.



## Obésité aux XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles

A côté des éléments incontestables qu'apporte l'antiquité à l'étude de l'obésité, il ne semble pas que le moyen âge ait apporté beaucoup d'idées nouvelles. Au moyen âge, à propos de l'obésité, les arguties semblent dominer les constatations rationnelles, et l'on discutait volontiers pour savoir si l'obésité était, oui ou non, une maladie. Au cours des xvi<sup>e</sup>, xvii<sup>e</sup> et xviii<sup>e</sup> siècles, nous avons trouvé à prendre quelques notes :

*Ambroise Paré*, dans son *Traité de l'Anatomie*, chapitre VI, écrit à propos de la graisse : « Et de ce tu peux entendre que la cause efficiente d'icelle est la froideur, c'est-à-dire chaleur plus tiède, remise et moins efficace et, conséquemment, qu'autant que l'animal sanguin est plus froid, d'autant a-t-il plus de gresse : comme nous voyons par expérience, non seulement entre animaux de diverses espèces, mais aussi de même espèce, non seulement entre masle et femelle, mais entre deux masles ou deux femelles, quand l'un est plus froid que l'autre. D'où procède que la quantité d'icelle gresse est plus grande ou plus petite, à raison du tempérament de tout le corps et de ses parties. »

Et, plus loin, *Ambroise Paré* ajoute : « La gresse se consomme par une longue abstinence, par faute de manger : se desseiche et endurecit par les exercices véhéments et chaleur immodérée. »

Dans le xviii<sup>e</sup> siècle de la génération, Ambroise Paré, recherchant les causes de la stérilité chez l'homme et chez la femme, écrit : « D'avantage quand l'homme est trop gras et fessu, ou la femme, ou tous les deux ensemble, cela est cause de stérilité : parce que les parties génitales ne peuvent joindre et convenir ensemble, pour la trop grande multitude de la gresse qui enfle le ventre, quelquefois de demy pied ou plus, et aussi que le sang est employé en gresse, et partant ils engendrent moins de semence et de sang menstruel. »

*Guy Patin* (1601-1672). — On ne trouve rien, dans les écrits de l'obésité, ayant trait à l'obésité. Il est permis de penser que, s'il jugeait bon de la traiter, il devait utiliser la saignée dont il usait et abusait.

*Sydenham* (1624-1689). — A écrit son traité célèbre, bien que de petite taille, sur la goutte et l'hydropisie, en 1683.

Bien que l'obésité puisse être associée à la goutte, il ne semble pas que Sydenham s'arrête à cette association.

Les diverses leçons de Loys Guyon, sieur de la Nauche, conseiller du roi (Lyon, 1604), p. 131, présentent un chapitre amusant à parcourir.

Des goths qui élisaient leurs rois grands, corpulents et gras; au contraire, des Sarrasins qui les voulaient maigres et de petite stature.

Bien qu'il prétende qu'il y ait raison à ces élections d'un côté et de l'autre, l'auteur ne se montre pas tendre pour les gens corpulents; certes, les rois grands et gras ont de la bienséance, mais « Hippocrate met en fin, après la bienséance une grande incommodité, disant que la grande corpulence est insupportable et mal advenante à la vieillesse, parce qu'un grand

homme étant vieil devient courbe, et a beaucoup d'affaires à porter son grand corps, et même on voit communément qu'ils ont les jambes enflées; outre, ils sont la plupart couards, sans magnanimité ni forces corporelles, car leur esprit, ni chaleur naturelle, ni les forces animales ne sont si bien unies et assemblées qu'en ce qui sont de petite corpulence, que s'il faut qu'ils s'exposent en danger, par mer ou par terre, ou qu'il leur advienne quelque infortune ou adversité, ils tremblent aussitôt et gémissent de peur. Ce qui leur advient, parce qu'ils ont une chaleur naturelle languide et les esprits petits et le sang moins bouillant... Et ce qui est encore pis, quelle grace pouvait trouver ces goths en un corps si grand et si gras? Car outre ce qu'ils sont inhabiles à toutes actions royales, soit de corps ou d'entendement, ils sont communément de plus courte vie que les maigres. La raison est, parce qu'ils n'ont pas tant d'esprits vitaux, ni de sang dans les veines ou les artères que les maigres, car la graisse les oppresse et par cela ils sont beaucoup plus suffoqués sous un grand travail ou maladie aiguë; qui fait aussi, que la moindre indisposition ou maladie qui leur survient, ils sont toujours lâches soupirants et gémissants, abattus sans cœur, de telle manière qu'ils perdent courage et leur défaut l'esprit ».

Loys Guyon, au contraire, est rempli d'admiration pour les gens de petite taille. « Les petites gens ont une merveilleuse vigueur naturelle et les facultés de nature fort unies et se voyant en eux de plus excellentes graces corporelles et spirituelles, et une grande promptitude et subtilité d'esprit, si bien que non seulement ils excellent ou égalent les autres en disposition d'iceluy, mais aussi en force et en vélocité, et en puissance de bien manger et boire. Et de fait, j'ai vu aux armées bien souvent des Français de petite

stature boire à l'envie Suisses et Allemands, grands de corps et gros à l'advenant, lesquels Suisses étaient plutôt ivres et s'endormaient plutôt, chancelaient et tombaient par terre, sans pouvoir exercer aucune fonction de l'âme ni du corps, que non pas les-dits Français de petite stature...

« En somme, je trouve les Goths n'avoir été si habiles en l'élection de leurs roys que les Sarrasins; aussi étaient-ils gens sans lettres qui gagnaient les batailles plus par grande multitude d'hommes que non pas d'industrie et magnanimité.

« Au contraire, les Sarrasins, Africains et Arabes parmi eux avaient beaucoup de gens lettrés et doctes en toutes sciences, et entre autres naturelles, et savaient bien choisir leurs rois pour reconnaître à la physionomie les personnages valeureux, magnanimes et vertueux, ils savent que bien souvent aux grands et gras corps, les sciences, bon esprit, ni générosité habiter... »

## Obésité au cours du XIX<sup>e</sup> siècle.

Il est aujourd'hui admis que la graisse des animaux se forme aux dépens de la graisse proprement dite et des hydrates de carbone. La transformation des albuminoïdes en graisse n'est pas généralement admise, ou tout au moins, elle est fort discutée.

L'origine des aliments dans la formation des graisses a une grande importance d'un point de vue pathogénique et thérapeutique vis-à-vis de l'obésité; il semble nécessaire de tracer en grandes lignes les phases par lesquelles sont passés les naturalistes et les chimistes, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, avant d'en arriver aux conceptions admises aujourd'hui.

### I. — HYDRATES DE CARBONE.

Ce sont peut-être eux qui ont donné naissance au plus grand nombre de discussions.

Frédéric Cuvier (1773-1838), frère du célèbre naturaliste Georges Cuvier, avait remarqué que les animaux à demi carnivores, engraisent par l'alimentation végétale.

Flourens a répété ces expériences en nourrissant, exclusivement de pain, les ours du Jardin des Plantes qui prirent alors un grand embonpoint. (Compte rendu à l'Académie des Sciences, 1843.)

Huber déjà, en 1796, dans ses « Nouvelles observations sur les abeilles », avait remarqué que les abeilles nourries avec du miel et même exclusive-

ment avec du sucre, possèdent la propriété de fournir de la cire pendant longtemps.

Cependant, Boussingault, Dumas et Payen, communiquaient, en 1843, à l'Académie des Sciences de Paris, un mémoire intitulé : « Recherches sur l'engraissement des bestiaux et la formation du lait. » Il était dit : « Tous les animaux, toutes les plantes contiennent de la matière grasse; en la voyant s'accumuler dans certains de leurs tissus, en la voyant se modifier et disparaître parfois, la première pensée de tous les observateurs a dû pencher vers cette opinion généralement admise, que les matières grasses se produisent au moyen des aliments de la plante ou de l'animal et par des procédés analogues, sans doute dans les deux règnes.

« Les recherches dont nous allons exposer le précis tendent au contraire à établir que les matières grasses *ne se forment que dans les plantes, qu'elles passent toutes formées dans les animaux* et que là, elles peuvent se brûler immédiatement pour développer la chaleur dont l'animal a besoin, ou se fixer, plus ou moins modifiées, dans les tissus pour servir de réserve à la respiration. »

En même temps, Dumas, Boussingault et Payen, attaquaient les expériences d'Huber en lui reprochant de ne pas faire connaître combien, sous l'influence de ce régime, les abeilles avaient perdu de leur poids, car ces insectes seraient susceptibles de former leur cire aux dépens de leur propre substance.

Boussingault, cependant, poursuivit ses études et, en 1845, à la suite d'expériences sur les porcs, il admit la transformation des hydrates de carbone en graisse.

A la même époque, Persoz, en expérimentant sur

les oies écrivait : « Les oies sont capables de former de la graisse sans l'intervention de matières grasses. »

Mais, ce n'est qu'en 1881, que Soxhlet, chimiste allemand, professeur à l'Ecole Supérieure de Technologie et à la Station Agronomique de Munich, donna la preuve vraiment scientifique de la transformation des hydrates de carbone en graisse. On donne à un animal (un porc, par exemple), une nourriture riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses et en albuminoïdes (du riz, par exemple), dont on fixe, d'ailleurs, par l'analyse les proportions; on dose dans les excréta (urines et fèces), l'azote et les graisses; par différence entre les graisses ingérées et celles qui sont éliminées, on connaît la quantité absorbée, et par le dosage de l'azote excrété, on sait la quantité de matières protéiques décomposées; au bout d'un temps donné, on sacrifie l'animal et on détermine la quantité de graisse qu'il contient; on constate que cette quantité est beaucoup trop forte pour qu'elle puisse avoir été fournie par les graisses alimentaires et par la décomposition des albuminoïdes. On a trouvé que 70 à 80 % de la graisse formée dans ces conditions provient des hydrates de carbone.

## II. — GRAISSES.

Des graisses ont donné lieu à moins de discussion.

Déjà, en 1843, Boussingault admettait qu'elles passaient par l'alimentation toutes formées des plantes chez les animaux. La graisse peut donc pénétrer en nature dans l'organisme et s'accumuler par simple dépôt.

Munk a donné à un chien dégraissé par un long jeûne, de l'huile de colza et il a pu retrouver dans les tissus de l'animal, une graisse qui avait les caractères de l'huile végétale ingérée.

Lebedeff (1883), Rosenfeld, Winternitz, Cérodani et Marchetti, ont confirmé ces expériences.

### III. — ALBUMINOÏDES.

On a soutenu (Pettenkoffer et Voit), la production des graisses à partir des matières protéiques, car il semblait exister des phénomènes d'autolyse au cours de certaines intoxications. (Dégénérescence graisseuse du foie sous l'influence de toxiques, par exemple, phosphore). En réalité, ce n'est qu'un transport des matières de réserve vers le foie.

Aux <sup>xvii</sup><sup>e</sup> et <sup>xviii</sup><sup>e</sup> siècles, tant en France qu'à l'étranger, et surtout en Allemagne, la polysarcie était le sujet de nombreuses dissertations.

— Valait-il mieux être gras que maigre?

— Devait-on saigner les obèses?

— A quelles maladies sont-ils exposés?

— Sont-ils capables d'avoir une nombreuse postérité?

Mais il faut arriver au commencement du <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle pour voir apparaître des traités dogmatiques sur la question.

Maccary à Gênes, en 1811;

Dardonville à Paris, 1811;

Percy et Laurent, 1819;

Traité de la Panouze, 1857;

De Raige Delorme, 1842.

Dès lors, les matériaux abondent; parmi eux nous citerons les recherches de Duchesne-Duparcq, de Dancel, de Lehuen, Dubourg, Foissac, Smith, Caillaud, Vogel (Julius), Banting, et celles plus récentes de Worthington, Bouchard, etc...

Il faut bien dire que toutes ces thèses ne présentent pas un intérêt égal.

Beaucoup se bornent à dissenter longuement sur

des conceptions très anciennes déjà émises par Hippocrate et Galien; d'autres se complaisent surtout à décrire des cas d'obésité extraordinaires, anormaux, qui sont loin d'être la généralité et qu'aujourd'hui, à la lumière des faits acquis, on rangerait dans les troubles des glandes à sécrétion interne; d'autres encore insistent sur des remèdes sans aucune base scientifique.

Aussi, nous voyons-nous dans l'obligation de faire un choix parmi les auteurs.

Relatons tout d'abord une observation de Portal (1732-1842), médecin français, né à Gaillac. De son ouvrage sur le traitement de la phthisie, il écrit: « Une jeune demoiselle, fort riche, jouissait, il y a peu d'années, d'une parfaite santé. Elle était fort grosse et cet embonpoint lui devint suspect. Elle craignit de devenir comme sa mère qui était d'une taille extrêmement épaisse. Une femme, qu'elle consulta à cet effet, lui conseilla de boire tous les jours un petit verre de vinaigre. La jeune demoiselle se conforma à cet avis, et en continua l'usage pendant plus d'un mois. Cependant, elle eut une petite toux d'abord sèche. On la néglige, elle devient humide. La fièvre lente survient; la jeune malade éprouve des difficultés à respirer, la maigreur augmente; les sueurs nocturnes, l'enflure des pieds et des jambes succèdent, et le cours du ventre termine cette maladie.

« Le quinquina, le petit lait d'ânesse, les bouillons d'écrevisses, auxquels on ajoutait des plantes béchiques, furent prescrits sans aucun succès.

« A l'ouverture du cadavre, on trouva les poumons pleins de tubercules. »

Nous étudierons surtout ceux qui essayent d'établir un système logique en rapport avec les données établies ou en train de s'établir du métabolisme des

graisses et des hydrates de carbone et ce sera surtout Dancel et Worthington. Plus à part, nous empruntons à la thèse de Dubourg, mais pour cela, il faut attendre la seconde moitié du <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle.

Nous étudierons avec soin les auteurs classiques qui ont traité de l'obésité, Dieulafoy, Jaccoud et nous nous arrêterons longuement aux travaux de Bouchard.

Deux thèses, où apparaissent des conceptions nouvelles marqueront la transition entre le <sup>xix</sup><sup>e</sup> et le <sup>xx</sup><sup>e</sup> siècle, les thèses de Javal et de Leven.

Nous verrons également se former la notion de glande à sécrétion interne et, chose intéressante à noter, nous montrerons certaines observations d'obésité très probablement en rapport avec une atteinte glandulaire et précédant de beaucoup la découverte des notions physiologiques permettant de traduire les lésions de ces appareils.

Dancel écrit, en 1863, son traité théorique et pratique de l'obésité.

Dans la partie théorique il expose les idées en cours sur le métabolisme des graisses et des hydrates de carbone, il s'appuie pour cela sur les travaux de Boussingault, mais ce qui est très intéressant dans son exposé théorique, c'est un effort vers l'anatomie et la pathologie comparée pour mieux comprendre et traiter l'obésité humaine. Il remarque que les animaux qui se nourrissent de végétaux sont facilement surchargés de graisse. « L'on peut citer, en première ligne, l'hippopotame si disgracieux dans ses formes par sa graisse; il ne se nourrit que de végétaux et spécialement de jones, de riz, de millet, de canne à sucre, etc...

Le lamantin qui semble faire, au dire de Buffon, la nuance entre les quadrupèdes amphibies et les cé-

tacées, est une vraie masse de graisse et il vit exclusivement d'herbes marines.

Dans la famille des baleines, ces monstres de grosseur, celle du Groenland (*Balæna mysticetus*, Linné) est la plus chargée de graisse, et elle se nourrit de zoophytes, dont beaucoup présentent autant les caractères de la plante que ceux de l'animal.

La baleine appelée *jubarte*, qui ne se nourrit plus de corps essentiellement mucilagineux, mais de petits poissons, a une couche de lard beaucoup plus mince que la précédente, etc. »

L'auteur applique ces constatations dans le traitement de l'obésité. Il ne permet que peu de légumes et fait manger beaucoup de viande maigre aux personnes qui veulent perdre leur trop grand embonpoint.

Il dit avoir souvent des succès mais aussi des insuccès dont il cherche la cause.

Comme il a été médecin militaire et comme il est propriétaire d'une ferme en Normandie, il a remarqué, d'une part, que les chevaux qui boivent abondamment sont les plus gros, d'autre part, les vaches de sa ferme de Normandie qui broutent l'herbe des prés situés dans les bas-fonds, c'est-à-dire l'herbe la plus humide, engraisent plus rapidement que les bêtes soumises à des pâturages plus secs.

Il en conclut que l'eau joue un rôle dans l'engraissement et il en prive autant que possible les obèses qui se confient à ses soins.

Le sommeil est également pour lui une grande cause d'obésité et il cite à cette occasion, les animaux qui, comme la tortue, la marmotte, augmentent de poids pendant l'hiver.

Par ailleurs, il est contre la saignée.

Le tabac pour lui, n'a aucun rôle sur l'obésité;

peut-être pourrait-il la combattre par les sécrétions qu'il occasionne.

Le pain engraisse par l'intermédiaire de l'eau qu'il force à boire.

Il rejette l'iode, l'arsenic, il vante la scammonée en teinture, en pilule ou en poudre, qui est la substance qui lui a donné les meilleurs résultats.

Enfin, l'auteur envisage, dans un dernier chapitre, les maladies qui accompagnent l'obésité et, chose intéressante, il prétend les faire disparaître par un traitement antiobésique.

Somme toute, dans son ouvrage, à côté d'idées pathogéniques et thérapeutiques intéressantes, il n'y a que très peu de place pour la clinique et il néglige la description morphologique de l'obèse.

L'année suivante (1864), Lucien Dubourg présente une thèse : *Recherches sur les causes de l'obésité*, qui, elle, présente un intérêt étiologique.

Tout d'abord, Lucien Dubourg pose en principe que la polysarcie n'est pas une maladie mais un symptôme : « Il nous semble que jusqu'ici, les observateurs ont erré dans cette question des causes de l'obésité parce qu'ils ont voulu considérer la polysarcie comme une maladie; elle est tout simplement un symptôme; absolument comme l'hydropisie est un symptôme, soit d'un mal de Bright, soit d'une affection cardiaque. C'est parce qu'on s'est obstiné à regarder l'obésité comme une entité morbide et non comme le symptôme d'une maladie influençant l'économie tout entière, qu'on n'a pas même entrevu l'obésité, quoiqu'on en possédât en réalité des fragments. »

Dubourg, en s'appuyant sur des observations, essaye de montrer dans les causes de la polysarcie :

1° L'origine scrofuleuse.

Celle-ci se verrait chez des enfants atteints de diathèse scrofuleuse (impétigo, glangluris, engelures), tuberculeux, maigres et obèses dans leur famille, hérédité scrofuleuse.

Il conclut à la nette étiologie scrofuleuse.

## 2° Les maladies de cœur.

Ici, sa démonstration semble moins rigoureuse et il discute l'atteinte cardiaque, cause ou effet et même intrigation.

D'autre part, il ne semble pas tenir grand compte de l'œdème.

Dans cette obésité d'origine cardiaque, le foie pourrait jouer un rôle intermédiaire par hyperhépatisation ou par hypohépatisation; le poumon pourrait également être un intermédiaire par manque d'apport d'oxygène.

Worthington, en 1875, présenta devant la Faculté de Paris, une thèse sur l'obésité. Cette thèse constitue une monographie très complète où les auteurs, par la suite, ont bien souvent puisé. Il rapporte entre autres choses le régime par lequel William Banting, en 1863, obtint la guérison d'une obésité considérable.

Ce Banting, qui était un riche négociant anglais, avait essayé de tous les remèdes, lorsque sur les conseils de son médecin Harvey, il se soumit à un régime qui, depuis, est devenu classique, sous le nom de régime de Banting.

Ce régime consiste à :

— Supprimer graisses, féculents, poissons gras.

— La viande dégraissée est la base de la nourriture.

— Recommander l'usage des légumes verts : épinards, oseille, salade, cresson, raves, tomates, oranges, groseilles, pommes, cerises aigres, citrons, grenades.

— Diète des boissons aqueuses.

— Le café noir très léger est permis.

On ne sait rien ou presque rien sur ce médecin Harvey, en dehors de ce régime prescrit à Banting et répandu par Banting; mais comme Dancel, à la même époque en France, il semble bien évident qu'il était au courant du mouvement scientifique et appliquait à la médecine les récentes découvertes de la chimie biologique.

De plus, Worthington consacre quelques pages au rôle psychique dans l'étiologie de l'obésité.

Il insiste sur l'influence des émotions.

Il rapporte, d'après Wad, l'histoire d'un officier sorti vivant du trou noir où les cipayes révoltés à Calcutta, l'avaient jeté pour qu'il y mourut de faim. Cet officier, devenu obèse, attribuait son engraissement au « terrible accident » dont il avait failli être victime.

Aujourd'hui, en présence d'un cas d'obésité, il est de règle de rechercher une ou plusieurs déficiences endocriniennes; bien souvent, cette méthode s'avère négative; dans quelques cas, cependant, on peut incriminer une étiologie glandulaire, l'obésité s'accompagnant de la symptomatologie significative d'une atteinte glandulaire reconnue. Ces cas, relativement rares, sont des plus intéressants, car ils permettent de tenter une thérapeutique en quelque sorte spécifique et parfois féconde; de plus, ils permettent une systématique, ce qui plaît toujours à l'esprit et est une source de recherches non encore épuisée; c'est pourquoi la date de naissance de l'endocrinologie est pour nous une date d'une grande importance.

On peut dire que l'endocrinologie prend naissance en 1855. C'est en 1855 qu'Addison attribue à la caséification des capsules surrénales, le syndrome asthénique avec coloration bronzée de la peau qui, depuis,

porte son nom, mais il n'utilise pas l'expression de sécrétion interne. C'est également en 1855 que Claude Bernard, instruit par ses constatations sur le métabolisme du glucose, écrit : « L'histoire du foie établit d'une manière très nette qu'il y a des sécrétions internes, c'est-à-dire dont le produit, au lieu d'être déversé à l'extérieur, est transmis directement au sang. »

Mais, c'est à Brown Séquard que revient le mérite d'avoir, à plusieurs reprises, dans différentes communications, insisté sur la sécrétion de glandes à sécrétion interne.

En 1856, dans un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur la Physiologie et la Pathologie des capsules surrénales*, Brown Séquard écrit : « La question relative aux fonctions des capsules surrénales revient donc à celle-ci : quelles sont les substances qui, portées à ces glandes par le sang, y sont modifiées et quels sont les produits de ces modifications que le sang emporte en sortant de ces capsules? »

Gley, dans un article intitulé : « La vie et l'œuvre de Brown Séquard », insiste sur la valeur de ce mémoire : « Il a été donné à Brown Séquard de concevoir encore dans la dernière partie de sa vie une grande et féconde idée physiologique. Le premier germe de cette conception qui fut tout de suite accueillie avec faveur des glandes à sécrétion interne, doit être recherché dans son remarquable travail de 1856, sur les fonctions des glandes surrénales; ayant observé que l'extirpation de ces organes est toujours suivie de mort, il se posa nettement la question : quelles sont les substances qui, portées à ces glandes par le sang, y sont modifiées et quels sont les produits de ces modifications que le sang emporte sortant des capsules? »

Par la suite, Brown Séquard continue ses communications. Dans son cours de physiologie à la Faculté de Médecine, en 1869, il plaça, dans le nouveau groupe des glandes à sécrétion interne la thyroïde et l'hypophyse, dont l'étude a depuis été poursuivie avec activité.

Enfin, en 89, Brown Séquard faisait une communication sur les testicules à la *Société de Biologie*; il devait poursuivre ses recherches et espérait pouvoir, grâce au suc testiculaire, obtenir la jeunesse et prolonger la vie.

Babiresky et Froelich, dont il est classique d'unir les noms lorsqu'on parle de syndrome adiposo-génital, eurent un lointain précurseur en la personne de Mohr, en 1841, dont nous transcrivons l'observation :

*Observation de Mohr. Schmidts Jahrb XXX, 1841.*

Une femme âgée de 57 ans entra à l'hôpital Julius le 22 octobre 1837. Depuis six ans, elle se plaignait de vertiges et de céphalée fréquents.

Il y a trois ans, elle eut une dépression mentale à la suite de laquelle elle garda une faiblesse de la mémoire et une apathie qui alla en s'accroissant, de telle sorte que la malade fut obligée d'abandonner la direction de son ménage. Elle a engraisé depuis deux ans d'une façon extraordinaire. La malade est dans un état d'euphorie qui se traduit par une expression de bonheur dans sa grosse figure ronde et très rouge, aux yeux brillants. Elle a des vertiges, des bourdonnements d'oreille, une sensation de faiblesse dans tous les membres, avec des fourmillements surtout du côté droit. Elle urine sous elle, répond de travers aux questions qu'on lui pose, elle a de courtes pé-

riodes de lucidité. Un mois après son entrée, les crises congestives deviennent plus fréquentes, la malade crie et délire et tombe ensuite pendant un assez long temps dans un état comateux. La fonction visuelle de son œil droit devient de plus en plus mauvaise. La malade meurt le 19 décembre de la même année.

L'autopsie de ce cadavre qui présentait une obésité extraordinaire, fut faite quarante-cinq heures après la mort.

A l'ouverture du crâne, on vit la dure mère très tendue au-dessus des hémisphères. Dans la selle turcique on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, rouge brun à la coupe, traversée de veinules, la glande pituitaire comprimée, le cœur présentait une surcharge graisseuse considérable.

Ainsi Mohr, dès 1841, décrivait une obésité qui semblait présenter des rapports avec une altération de la glande pituitaire.

Il est bien entendu qu'il faut différencier l'obésité du myxœdème. Le myxœdème est dû à une infiltration trop spéciale des téguments (infiltration mucoïde) pour qu'elle puisse être confondue avec la surcharge adipeuse vraie.

Cependant l'obésité est quelquefois unie à des signes atténués de myxœdème, c'est pourquoi on peut dire que Gull qui, en 1875, décrivit « L'état crétinoïde survenant chez les femmes adultes », est un précurseur des rapports de la thyroïde et de l'obésité.

#### OVAIRES ET OBÉSITÉ

##### 1° *Obésité et Ovariectomie.*

Percival Pott fut le premier à pratiquer sur les ovaires une intervention réellement chirurgicale et

raisonnée en 1790. Percival Pott, parlant du résultat éloigné chez sa malade, dit : « Elle jouit d'une bonne santé, mais elle est devenue plus grasse et n'a pas été réglée depuis l'opération. »

Il faut aller ensuite jusqu'en 1843 pour retrouver l'ovariotomie double, pratiquée dans un but gynécologique. Elle fut faite, à cette époque, par J.-L. Astlee sur une malade présentant un kyste de l'ovaire; cette opération fut suivie d'un grand nombre d'autres, exécutées par Washington en Amérique, Walsch, Clay, Bird, Baker Brown, Spencer-Wils en Angleterre, Koeberlé et Péan en France.

Pendant cette période et jusqu'en 1870, il faut bien dire qu'on intervenait que contraint et forcé pour de grosses tumeurs, et que les opérations étaient d'une gravité extrême, aussi se préoccupait-on beaucoup plus des résultats immédiats que des résultats éloignés, et on n'envisageait pas l'obésité comme suite opératoire tardive.

Jusqu'en 1871, on pensait que la femme privée de ses ovaires changeait complètement d'habitus extérieur, et même qu'elle prenait un aspect viril. L'antique aphorisme romain vivait toujours : « *Propter solum ovarium mulier est quod est.* »

Cependant, à partir de cette époque, l'attention commence à être attirée du côté des effets de la castration chez la femme, et Bailly présente, en 1871, une thèse intitulée : « *Considérations physiologiques sur la castration chez la femme.* »

Dans cette thèse, il parle d'une malade opérée par Auger qu'il examina trois ans après : « Avant l'intervention, elle pesait 90 livres, actuellement elle pèse 165 livres; affaiblissement de la mémoire et de la vue, la voix a changé de timbre. »

Par contre, en 1873, dans une étude sur les ovaires et leur anomalie, Puech nie la réalité de l'action de

la castration sur la morphologie et le psychisme féminin.

Kœberlé, en 1878, émet à peu près la même opinion que Puech.

Par contre, Péan, en 1880, accuse une tendance à l'embonpoint chez les ovariectomisées.

En 1888, lorsque Dercum fit connaître la maladie qui porte son nom, il l'attribuait à une intoxication thyroïdienne.

Cette adipose douloureuse de Dercum se caractérise par le développement de masses graisseuses symétriques des membres, surtout des membres inférieurs, et prédominantes à leur racine; ces masses graisseuses sont douloureuses. Souvent on observe en même temps des troubles sérieux, principalement des troubles psychiques.

Envisageons, maintenant, les travaux sur l'obésité des auteurs classiques qui, au <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, ont écrit des traités classiques de pathologie interne.

Trousseau ne nous a pas laissé de clinique sur l'obésité. Le dictionnaire Dechambre, dans l'article « Obésité », nous apprend cependant qu'il prescrivait contre l'obésité les alcalins, qui étaient alors fort utilisés en Angleterre; il nous est expliqué comment agit la potasse : « La potasse est éliminée naturellement par les glandes sébacées; chez les moutons, elle est entraînée avec le suin, dans le lavage des laines : or, les races ovines, dont la laine fournit peu de suin et de potasse, sont très aptes à l'engraissement, tandis que les mérinos, dont la toison contient à poids égal une quantité plus forte de potasse et de suin, ne peuvent jamais être engraisés.

« Introduite dans l'organisme, la potasse provoque une élimination abondante des matières grasses en excitant la sécrétion sébacée. »

Jaccoud, dans les trois volumes de son *Traité de Pathologie interne*, en 1883, ne consacre pas d'article spécial à l'obésité. Dans la partie de l'ouvrage consacrée aux affections cardiaques, il parle pourtant de surcharge graisseuse du cœur, qui se produit :

1° Au cours de la polysarcie chez les individus à vie sédentaire qui ingèrent une grande quantité de substances grasses ou amylacées, et dans ce cas elle est associée à une maladie générale.

2° C'est un simple fait local contrastant avec l'émaciation du reste du corps. C'est ce qui a lieu dans les obésités cardiaques produites par les anémies chroniques et par les cachexies.

Plus loin, Jaccoud signale l'obésité à propos de la chlorose : « Le défaut d'énergie musculaire frappe d'autant plus chez ces malades, que les muscles n'ont rien perdu de leur volume et que l'embonpoint est souvent entièrement conservé; quelquefois, la graisse du tissu conjonctif est extrêmement développée. »

Dieulafoy, dans son *Traité de Pathologie interne* (1894), consacre quelques pages à l'obésité que nous résumons ici.

*Description.* — L'obésité est un état pathologique causé par hypertrophie généralisée du tissu adipeux. A un degré moindre c'est l'embonpoint, puis l'obésité, enfin la polysarcie. Il faut distinguer l'obésité des adiposes localisées (lipome, hypertrophie lipomateuse des muscles, adipose sous-cutanée paralytique).

La répartition de l'obésité n'est pas identique.

*Siège.* — Tissu cellulaire sous-cutané, inter-musculaire; franges épiploïques mésentériques, atmosphère celluleuse des reins, surface du cœur, tissu cellulaire de l'orbite.

Chez les gros mangeurs, elle siège de préférence à l'abdomen, qui peut présenter des vergetures; parfois le sujet présente un triple menton.

L'adiposité respecte la verge et le scrotum, mais elle prend le foie, les reins, le cœur en particulier qui peut être envahi par la graisse.

Dieulafoy distingue :

1° Une adipose récente et peu prononcée qui entraîne essoufflement, fatigue rapide, apathie, digestion lente, pénible, mais c'est plus une infirmité qu'une maladie.

2° Une adipose excessive chez un malade âgé avec cyanose de la face, démarche pénible, oppression, appétit diminué ou augmenté, soif accrue, digestion très pénible, foie augmenté de volume.

— Troubles cardiaques (bruits sourds, mal frappés, irréguliers, pointe difficile à trouver).

— Troubles cutanés (sueur, fétidité, intertrigo, eczéma).

— Troubles urinaires (polyurie, glycosurie, albuminurie, sécrétion uréique augmentée ou diminuée, d'où division des obèses en deux groupes).

— Mort par asystolie progressive, pneumonie, bronchite généralisée, érysipèle ou une autre affection diathésique.

*Etiologie et Pathogénie.* — Elle frappe l'âge adulte, la femme de préférence, rare chez le vieillard.

Elle apparaît volontiers aux époques de la vie génitale (puberté, mariage, grossesse).

Volontiers héréditaire.

Elle survient parfois après des maladies infectieuses.

Elle peut être associée à migraines, lithiasse biliaire, gravelle urique (en un mot arthritisme).

C'est une maladie par ralentissement de la nutrition, aussi se voit-elle dans quelques maladies du système nerveux qui s'accompagnent de ralentissement de la nutrition (hystérie, anémie pernicieuse progressive).

Elle trouve son explication :

1° Dans l'alimentation :

- Alimentation grasseuse.
- Aliments féculents, sucrés.
- Boissons alcooliques (vin, bière).

2° Dans une désassimilation exagérée :

Production de graisse aux dépens des matières azotées. Chez ces malades, on trouve dans l'urine un excès d'urée et une substance albuminoïde formée également aux dépens des éléments protéiques incomplètement brûlés.

*Traitement.* — Supprimer sucres, féculents, les boissons, supprimer l'alcool, la bière; le thé et le café sont permis.

— Prescrire le massage, frictions sèches, exercices physiques.

— Eviter le surmenage, surtout chez les sujets avancés en âge.

*Médicaments.* — Iode, iodure de potassium, purgatifs répétés, alcalins.

*Eaux minérales.* — Marienbade, Kissingen Montmirail, Brides, agissant comme alcalins et laxatives.

Mais au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, celui qui, en France, s'attacha le plus aux maladies de la nutrition fut, sans conteste, le professeur Bouchard.

A différentes reprises, il fit sur l'obésité de nom-

breuses communications et créa la doctrine du ralentissement de la nutrition.

Ses travaux sur l'obésité, jusqu'en 1876, sont résumés dans l'exposé de ses titres scientifiques (1876).

Nous reproduisons ici les paragraphes qui ont trait aux recherches sur l'obésité.

Bouchard : Exposé de titres scientifiques.

1876

*Des modifications des urines dans l'obésité*

En général, les urines des obèses sont diminuées comme quantité; leur densité est en rapport inversé avec la quantité. L'urée est très sensiblement diminuée du tiers, de la moitié. Les phosphates s'éliminent en moindre quantité. L'acide urique est le plus souvent augmenté. Les matières colorantes sont aussi en quantité plus grande qu'à l'état normal. Dans des cas exceptionnels, la quantité de l'urée et des phosphates est augmentée, de là une indication importante pour le traitement; l'iodure de potassium ne doit être employé que si le dosage des urines a montré qu'il n'y a pas d'azoturie.

*Leçon sur les diabètes, 1874*

*De l'abaissement de la température centrale  
dans l'obésité*

De même que dans le diabète sucré, la température peut être abaissée dans l'obésité. Le matin au réveil, le thermomètre marque dans le rectum 36°7 à 37°. Dans la journée, et surtout après les repas, la température se relève et les oscillations diurnes sont plus accusées que dans l'état de santé.

Ce fait, qui peut être attribué à la diminution de

la combustion des graisses, est également en rapport avec la diminution de l'oxydation des matières azotées.

*Leçons sur les diabètes, 1874*

*Observations d'obésité*

Contresignées dans la thèse de M. Worthington (1875), elles montrent l'extrême fréquence de l'arthrite dans les antécédents héréditaires ou personnels des obèses.

Mais, désireux de précision scientifique, le Prof. Bouchard voulut définir l'obésité d'une manière scientifique.

Quetelet, mathématicien et statisticien belge, né à Gand (1796-1874), avait déjà établi pour des tailles données des poids moyens en rapport avec ses tables.

« Bouchard, écrit Paul Mathieu (1929), dans son livre : *Pourquoi on engraisse et comment on maigrit*, a proposé une méthode plus scientifique et plus exacte pour mesurer le degré d'adiposité. Ses tables indiquent pour une taille donnée, non seulement le poids moyen du corps, mais aussi le poids de ce qu'il appelle le *segment anthropométrique moyen*, et la quantité de graisse contenue dans ce segment. »

A quoi correspond le segment anthropométrique?

« Bouchard suppose le corps humain transformé en un cylindre ayant pour hauteur la taille de l'individu, pour volume le volume de l'individu, pour masse la masse de l'individu. Il partage ce cylindre en tranches superposées de un centimètre de hauteur. Chaque tranche représente un segment anthropométrique, dont le poids est égal au poids du corps en kilogrammes. P divisé par la hauteur de la taille en

$$\frac{P}{H}$$

décimètres H, c'est-à-dire à —.

H

La valeur du segment varie avec l'âge, la complexion (ampleur et solidité de la charpente), et la musculature. Bouchard donne, dans des tableaux de correction, la valeur des coefficients par lesquels on

P

devra multiplier le quotient — pour obtenir la valeur

H

du segment normal correspondant au type idéal.

Chez le sujet soumis à l'examen, le segment anthropométrique réel s'écarte plus ou moins du segment moyen idéal. On admet que la différence entre les deux est due uniquement à la graisse. Il est donc facile de connaître la quantité de graisse du corps. Quant au degré d'adiposité, il est égal au rapport entre la quantité de graisse contenue dans le corps du sujet et la quantité que contiendrait le corps d'un sujet normal.

En 1882, Bouchard fait paraître un traité : *Maladies par ralentissement de la nutrition*, où deux chapitres sont consacrés à l'obésité.

1° Pathogénie et étiologie de l'obésité.

2° Thérapeutique de l'obésité.

Nous résumons ces deux chapitres.

*Pathogénie.* — La graisse qui s'accumule chez les obèses a une double origine, comme chez les hommes sains :

— Alimentation, désassimilation.

Pourquoi la graisse s'accumule-t-elle chez l'obèse?

Parce qu'il y a défaut de combustion des graisses, ralentissement des oxydations qui permet le cumul, soit des graisses alimentaires, soit des graisses de désassimilation.

Mais, quelle est la cause de ce ralentissement des oxydations?

Une dyspepsie par exemple à type pancréatique, qui émulsionnerait la graisse, mais ne la décomposerait pas, ou même la graisse neutre dissoute.

Or, cette graisse émulsionnée s'oxyde avec une grande lenteur.

« Si donc, chez certains individus, c'est à l'état de graisse neutre exclusivement que la graisse alimentaire pénètre dans la circulation, on comprendra qu'elle ait le temps de se soustraire aux combustions en s'enkystant dans les cellules du tissu adipeux. »

Voilà pour l'alimentation, mais « la maladie peut se produire tout aussi bien par un défaut d'oxydation des graisses élaborées par les éléments anatomiques. Que la graisse se forme par la désassimilation de la substance azotée, c'est un fait aujourd'hui incontestable ».

L'apport d'oxygène n'étant pas suffisant pour la détruire, la graisse s'accumule dans l'organisme.

*Ex. :* Ictère grave, empoisonnement par le phosphore, anémie pernicieuse où le sang apporte moins d'oxygène aux tissus.

Bouchard, après avoir envisagé comme nous venons de le voir le métabolisme troublé, dans l'obésité, de la graisse et des matières albuminoïdes, discute l'origine possible de la graisse dans la matière glycogène, mais il émet simplement cette hypothèse sans conclusion.

Bouchard envisage le rôle du foie dans l'obésité.

Il regrette la théorie de Bénéch qui pense que l'abondance trop grande de la bile peut engendrer l'obésité, en rendant plus complète l'absorption des graisses; mais il accorde de la valeur à la théorie de

Cenheim qui pense que la bile fait défaut chez les obèses.

Le défaut de bile, en effet, nuit au bon fonctionnement pancréatique.

Il pose donc le problème du rôle du foie dans l'obésité.

Enfin, il envisage le rôle du système nerveux :

1° Adipose sous-cutanée post-paralytique.

2° L'hystérie entraînerait un ralentissement de la nutrition.

Surtout, il entrevoit le rôle de la fonction génitale.

#### ÉTIOLOGIE

1° *Excès alimentaires.* — Ils doivent entrer en ligne de compte, on ne saurait les considérer comme la cause dominante de la maladie.

2° *Travail musculaire.* — L'amoindrissement de l'action musculaire est important, mais ce n'est pas là encore la cause dominante.

3° *Passage brusque d'une vie active à une sédentaire* (Siège de Paris).

— Origine d'une maladie aiguë.

— Circonstance de la vie génitale.

— Importance de la première grossesse chez la femme.

4° *Hérédité.* — Il s'agit non pas d'hérédité vraie, mais de la transmission d'une prédisposition,

Là, il insiste sur les rapports de l'obésité dans les antécédents avec *goutte, rhumatisme articulaire aigu, eczéma, migraines, lithiase, asthme, urticaire*, tout groupe du *syndrome neuroarthritique*.

## THÉRAPEUTIQUE DE L'OBÉSITÉ

Bouchard insiste sur la nécessité de la traiter, car il faut bien poser que l'obésité fait partie d'un état diathésique qui va engendrer d'autres maladies, pour son compte elle aggrave cet état diathésique.

Le traitement doit être pathogénique, en rapport avec l'excrétion des produits azotés.

Il faut accélérer le mouvement nutritif.

a) Psychiquement (occupations, distractions, voyages);

b) Physiquement (stimulations cutanées).

Au point de vue diététique il conseille surtout, entre autres choses, le lait et les œufs.

Dans ce même traité, où l'intéressent au premier chef les conditions pathogéniques et étiologiques de l'obésité, Bouchard, incidemment, décrit un type nouveau, particulier de l'obésité :

*La Chlorose des géants.* « Chez ces individus, il y a une étroitesse congénitale de tout le système vasculaire, le cœur trop petit, l'aorte est petite, l'artère pulmonaire est petite, les poumons sont étroits, le foie est exigu; et avec cela, le corps est grand, les muscles sont volumineux.

« Il y a chez eux disproportion entre l'appareil qui produit de l'oxygène et ceux qui le consomment. »

Elle se développe chez des enfants israélites et augmente avec l'âge.

Toutes ces idées de Bouchard ont été reprises et exposées en 1898, dans le tome III du *Traité de Pathologie interne Bouchard et Brissaud*, par l'intermédiaire d'un élève de Bouchard : Legendre.

En 1899, Bouchard, revenant sur une idée qui lui était chère, dans une communication : « Troubles préalables de la nutrition », recherche les maladies associées à la nutrition et donne le tableau suivant :

| MALADIES ASSOCIÉES                | NOMBRE DES CAS           |
|-----------------------------------|--------------------------|
|                                   | DE CES MALADIES          |
|                                   | POUR 1.000 CAS D'OBÉSITÉ |
| Albuminurie simple .....          | 207                      |
| Lithiase urique .....             | 150                      |
| Dyspepsie .....                   | 138                      |
| Diabète sucré .....               | 127                      |
| Néphrite .....                    | 115                      |
| Gros foie .....                   | 115                      |
| Galop .....                       | 115                      |
| Goutte .....                      | 104                      |
| Bronchite .....                   | 104                      |
| Eczéma .....                      | 92                       |
| Névropathie .....                 | 92                       |
| Dilatation gastrique .....        | 69                       |
| Hémorroïdes .....                 | 58                       |
| Perte des réflexes .....          | 58                       |
| Rhumatisme articulaire chronique. | 46                       |
| Rhumatisme musculaire .....       | 46                       |
| Migraines .....                   | 46                       |

Telle est la doctrine de Bouchard relative à l'obésité.

Le Prof. Debove, en 1885, a étudié les rapports de l'ingestion d'eau et de l'engraissement.

Chez une hystérique soumise au même régime pendant les deux périodes, il donna pendant un mois un litre d'eau, puis pendant deux mois deux litres d'eau.

Il ne nota aucun changement et crut pouvoir écrire que « La quantité d'eau ingérée n'a aucune influence

sur l'engraissement des sujets; elle n'augmente ni ne diminue le poids; il en est de même pour l'urée. »

On lui a, par la suite, reproché d'avoir expérimenté sur des sujets qu'il avait fait préalablement maigrir.

Barié, en novembre 1894, a envisagé les rapports de l'obésité avec les troubles myocardiques par surcharge graisseuse du cœur.

Dans sa thèse de Paris en 1900 (Obésité, hygiène et traitement), Javal émet en conclusion trois propositions qui nous paraissent intéressantes et que nous reproduisons :

1° « Nous n'avons trouvé aucun inconvénient à fournir au malade, soit par les aliments, soit par la boisson, une grande quantité d'eau, la diète sèche ne nous a pas paru avoir de raison d'être; la sudation, soit naturelle, soit artificielle, ne nous a donné aucun résultat. »

2° « L'expérience a démontré, comme l'a très bien indiqué Debove, que pour calmer la faim, il fallait fournir à l'estomac un certain volume d'aliments. Notre règle sera donc de prescrire un régime qui, sous un volume maximum, contienne un minimum de principes nutritifs. » Les tables de Kœnig nous permettront de composer les cartes culinaires.

3° « On croit souvent qu'il est dangereux de maigrir vite; nous avons toujours trouvé avantage, au contraire, à guérir très vite les personnes très malades, et nous avons montré que des régimes très sévères étaient parfaitement bien supportés lorsqu'on les instituait brusquement. »

Nous avons vu précédemment que Gull, en 1875, avait décrit les rapports du myxœdème et du corps thyroïde.

Rapidement, par la suite, on a songé à utiliser le corps thyroïde comme médication de l'obésité.

Il semble, du reste, que la médication ait été employée à peu près en même temps en Angleterre qu'en France.

Dans son livre, *La Thérapeutique des tissus*, le Dr M. Bra écrit, en 1895 : « L'Anglais N. York Davies, de Londres, emploie le corps thyroïde comme adjuvant de la cure d'obésité. La diminution du poids du corps est parfois double, parfois même triple, que chez des individus traités par le régime seul. »

Quant à lui, l'auteur enregistre des résultats inconstants.

Buquin présente, en 1895, une thèse intitulée :

### *Médication thyroïdienne dans l'obésité.*

En possession de deux observations de Chauffard et de Bouchard, Buquin étudie l'action du corps thyroïde sur l'obésité, et dans ses conclusions il dit :

1° La cellule thyroïdienne a une action spécifique sur les tissus graisseux, action qui se manifeste quel que soit le mode d'observation.

2° Les effets de la médication sont plus ou moins rapides, plus ou moins intenses, suivant les individus, selon qu'ils appartiennent à telle ou telle catégorie d'obèse.

En 1896, Bourneville, dans une communication à la *Société de Biologie*, étudie l'action de la thyroïde sur des idiots myxœdémateux et sur des idiots obèses, et il conclut qu'il s'est produit un amaigrissement rapide sous l'influence de la médication thyroïdienne. Il fait remarquer qu'au bout d'un certain temps l'accoutumance survient, que le poids ne diminue plus,

et enfin qu'il se relève en général peu après la suppression du traitement, d'où la nécessité de reprendre après une période de repos.

Mais, à ces observations cliniques et thérapeutiques, différents auteurs ont objecté que :

1° L'obésité à elle seule était susceptible de léser le corps thyroïde et que l'atteinte thyroïdienne était secondaire, non primitive, au cours de l'obésité.

2° Que le corps thyroïde pouvait agir sur l'obésité sans qu'il y ait réellement déficience thyroïdienne.

C'est pourquoi on a cherché une épreuve de laboratoire susceptible de traduire un état d'hyper ou d'hypothyroïdie.

C'est en 1894 que Magnus Lévy commence à étudier les rapports du métabolisme de base avec les cas pathologiques, et aujourd'hui on utilise communément le métabolisme de base pour juger du fonctionnement du corps thyroïde au cours de l'obésité, et parfois en déduire une thérapeutique.

En 1900, Babinski présente à la *Société de Neurologie* l'observation suivante, mettant en évidence les rapports de l'obésité :

#### *Observation de Babinski (résumé<sup>1</sup>)*

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, observée pour la première fois dix ans auparavant.

Elle se plaignait de douleurs de tête qui, apparues depuis trois ans, avaient progressivement augmenté d'intensité et étaient devenues très violentes.

Depuis plusieurs mois, elle était sujette à des crises

---

1. Société de Neurologie, 7 juin 1900. Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie et avec arrêt de développement des organes génitaux.

épileptiformes, et sa vue s'était notablement affaiblie. On est frappé, après avoir fait déshabiller la malade, par la surcharge adipeuse du corps et l'aspect infantile des organes génitaux, qui contrastent avec la taille d'une hauteur moyenne. La malade, du reste, n'est pas menstruée. L'intelligence paraît normale, mais la mémoire a beaucoup diminué.

Il n'y a pas de paralysie localisée, les réflexes tendineux sont exagérés, et il y a de la trépidation épileptoïde du pied. A l'examen ophtalmoscopique, on constate de l'œdème de la papille des deux côtés. La malade succomba peu de temps après. La nécropsie décéla l'existence d'une tumeur qui occupait la selle turcique, adhérait au corps pituitaire et englobait le tuber cinereum.

Bien que de longue date (Galien, Descartes) l'épiphyse ait préoccupé par son anatomie et son rôle physiologique, les médecins et les philosophes, la notion d'une obésité épiphysaire est de date relativement récente.

Bouchut, en 1872, publie une observation de la tumeur épiphysaire, mais il ne relate pas l'obésité.

Ce n'est qu'en 1899 qu'est publiée, par Oestreich et Slawyk, la première observation d'obésité avec, semble-t-il, une tumeur épiphysaire.

Nous transcrivons cette observation que nous prenons dans la thèse de Brochet (Lyon, 1921).

*Observation Oestreich et Slawyk, 1899.*

Garçon de 4 ans 1/2; spasme de la glotte et convulsions, développement lent de la parole. Jusqu'à trois ans, développement normal. A cet âge, devient tranquille et pleure beaucoup. Démarche incertaine et difficile, intelligence troublée, mais supérieure à l'âge.

Stase papillaire bilatérale, strabisme convergent, nystagmus, réaction pupillaire lente. En même temps, croissance rapide du pénis.

*Enfant musclé et gras*, taille 1<sup>m</sup>08, poids 20 kgs (correspondant à 8 ans). Toison pubienne, poils de un centimètre de long. Pénis de 9 centimètres, testicules de volume d'un œuf de pigeon, seins hypertrophiés sécrétant du colostrum, etc..

Hydrocéphalie interne. Tumeur pinéale du volume d'une petite pomme.

Examen microscopique: Psammosarcome kystique.

Neumann, en 1900, publie une observation de tumeur épiphysaire que nous nous contentons de citer, notons qu'elle s'accompagne d'amaigrissement.

Depuis lors, les observations se sont multipliées.

Comme nous l'avons déjà fait précédemment et pour les mêmes raisons, nous citerons dans ce chapitre ceux qui, tout en n'étant pas médecins, peuvent apporter une contribution à l'étude de l'obésité. Dans cet ordre d'idée, au cours du xix<sup>e</sup> siècle, Brillat-Savarin mérite la première place. Du reste, il sera, en effet, loin d'être déplacé. N'écrit-il pas, dans la préface de la *Physiologie du goût* :

« Je suis surtout médecin amateur, c'est chez moi presque une manie, et je compte parmi mes plus beaux jours celui où, entré par la porte des professeurs et avec eux à la thèse de concours du *D<sup>r</sup> Cloquet*, j'eus le plaisir d'entendre un murmure de curiosité parcourir l'amphithéâtre, chaque élève demandant à son voisin quel pouvait être le puissant professeur étranger qui honorait l'assemblée par sa présence. »

Le fait est que Brillat-Savarin, dans sa physiologie du goût, fait souvent des réflexions qui semblent bien judicieuses : « Les prédestinés de la gourmandise sont en général d'une stature moyenne, ils ont le visage

rond ou carré, les yeux brillants, le front petit, le nez court, les lèvres charnues et le menton arrondi. Les femmes sont potelées, plus jolies que belles, et visant un peu à l'obésité. »

Il prétend reconnaître par la physiognomonie les prédestinés de la bonne chère.

« Je fis une autre fois une remarque pareille sur le duc Decres, qui a été si longtemps ministre de la Marine.

« On sait qu'il était gros, court, brun, crépu et carré, qu'il avait le visage au moins rond, le menton relevé, les lèvres épaisses et la bouche d'un géant. Aussi, je le proclamais sur-le-champ amateur prédestiné de la bonne chère et des belles. »

Du reste, Brillat-Savarin, dans sa physiologie du goût, consacre deux chapitres à l'obésité :

« Si j'avais été médecin avec diplôme, j'aurais d'abord fait une bonne monographie de l'obésité. »

Il donne une définition de l'obésité : « Cet état de congestion graisseuse où, sans que l'individu soit malade, les membres augmentent peu à peu de volume et perdent leur forme et leur harmonie primitive, »

Il appelle spirituellement gastrophore ceux qui sont atteints d'un abdomen prédominant, et gastrophorie cette variété d'obésité dont il était lui-même atteint.

Comme Brillat-Savarin mourut le 2 février 1826, et qu'il n'écrivit son ouvrage qu'au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle, il est bien évident qu'il ne pouvait être au courant, et pour cause, des travaux montrant la transformation des hydrates de carbone en graisse. Il est remarquable de lire dans son ouvrage des observations de valeur comme la suivante :

« C'est par des discours semblables que j'éclaircissais une théorie dont j'avais pris les éléments hors de l'espèce humaine; savoir que la corpulence graisseuse a toujours pour principale cause une diète trop chargée d'éléments féculents et farineux, et que je m'assurais que le même régime est toujours suivi du même effet.

« Effectivement, les animaux carnivores ne s'engraissent jamais (voyez les loups, les chacals, les oiseaux de proie, etc...).

« Les herbivores s'engraissent peu, du moins tant que l'âge ne les a pas réduits au repos; et, au contraire, ils s'engraissent vite et en tout temps, aussitôt qu'on leur fait manger des pommes de terre, des graines et des farines de toute espèce. »

Dans les causes de l'obésité, Brillat-Savarin reconnaît avant tout la disposition naturelle et il prétend prévoir à l'avance les ravages qu'une obésité future fera sur une jeune demoiselle aux formes agréables.

La seconde et principale cause de l'obésité est dans les féculs et les farines dont l'homme abuse, puis dans la prolongation du sommeil et le défaut d'exercice.

Tout un chapitre est consacré au traitement de l'obésité et son traitement, sur la difficulté à accomplir duquel il insiste, est parfaitement logique en rapport avec les causes qu'il a préalablement établies.

Il met en garde contre le danger des acides, et il cite le malheureux exemple d'une jeune fille dont il attribue la mort à l'abus du vinaigre :

« Elle avait cherché à maigrir et, dans cette vue, avait bu pendant un mois un verre de vinaigre chaque matin...

« Ainsi, pour avoir suivi d'imprudents conseils, l'aimable Louise, réduite à l'état affreux qui accom-

pagne le marasme, s'endormit pour toujours. Elle avait à peine 18 ans. »

Il conseille encore de porter une ceinture anti-obésique et d'user du quinquina, qu'il croit une substance activement anti-obésique.

Il termine en disant que, dans l'ensemble, il s'est efforcé d'établir des prescriptions qui ne soient pas trop rigoureuses, et il termine par cette réflexion de sagesse :

« Les grands efforts sont rares, et si on veut être suivi, il ne faut proposer aux hommes que ce qu'il leur est facile, et même, quand on le peut, ce qui leur est agréable. »

En dehors des médecins et de Brillat-Savarin, nous croyons devoir citer sur l'obésité les travaux d'un anthropologiste, Bordier, dans son traité de *Pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés* (1889).

L'obésité peut être aussi bien végétale qu'humaine et animale, et Bordier cite comme se rattachant à l'obésité chez les végétaux :

L'accumulation anormale de la fécule dans les cellules de la pomme de terre, saccharose dans la betterave;

Fruits monstrueux des expositions, fruits énormes du bananier, tiges monstrueuses du sagoutier, du palmier, tiges souterraines de la pomme de terre, patates ignames, racines volumineuses de la betterave.

L'obésité a parfois les mêmes conséquences chez les végétaux et les animaux.

Les fleurs du végétal cultivé dans un milieu intensif deviennent doubles et, par conséquent, stériles; la floraison même est retardée.

Dans les étangs où les carpes trouvent une alimentation trop riche, un grand nombre d'entre elles sont dépourvues d'ovaires ou de laitance.

Bordier note également d'intéressantes conditions d'engraissement chez les animaux.

Les cailles et les becfigues passent en quelques jours de pluie d'un état de maigreur extrême à un état qui les transforme en une véritable boule de graisse.

Un jeûne préalable est parfois une circonstance favorable d'engraissement.

Ayant fait subir à des pigeons et à des coqs des alternations de jeûne complet et d'alimentation abondante, on a constaté que les animaux ainsi traités acquéraient un poids supérieur à celui des animaux témoins placés dans les mêmes conditions, mais nourris d'une façon normale.

Enfin, Bordier insiste sur l'aptitude héréditaire de certaines races d'animaux à engraisser.

Les moutons anglais engraisent plus facilement que les mérinos.

Le bœuf Durham mieux que les bœufs espagnols.

Les porcs du Kentucky, les canards d'Elesburg ont une aptitude justement célèbre.

Le bœuvreuil engraisse facilement.

L'obésité est tellement héréditaire que, dans les races porcines anglaises disposées à engraisser, les truies donnent parfois naissance à des porcelets qui succombent à la dégénérescence grasseuse des porcelets.

Pour Bordier, chez les hommes, la race jaune présente une aptitude spéciale à l'obésité.

En Chine, les obèses sont fréquents, leur conformation est même une supériorité vis-à-vis de la foule.

L'accumulation de graisse, avant d'être générale, se localise de préférence dans certaines régions (bosse du chameau, queue du mouton du Cap, région fessière des Boschimans).

Chez le maquereau, pendant l'hiver, la graisse se

dépose autour des paupières, pendant l'été elle envahit tout le corps.

Chez la femme, elle envahit d'abord les mamelles et la poitrine.

Telles sont les différentes idées et observations que Bordier développe sur l'obésité dans son ouvrage : *Pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés.*

## CONCLUSIONS

1° Il fallut de nombreuses expériences et polémiques avant que fût admise, au XIX<sup>e</sup> siècle, la transformation des hydrates de carbone en graisse.

Les expériences de Soxhlet, en 1881, jugèrent définitivement du problème.

2° On a, par contre, facilement reconnu l'accumulation par simple dépôt de la graisse dans l'organisme.

3° La production des graisses à partir des matières protéiques a été longtemps soutenue, cette opinion n'est plus aujourd'hui communément admise.

4° Dancel, le premier en France (1863), a essayé d'établir un régime de l'obésité basé sur une systématique scientifique. Il a préconisé le premier la restriction sévère de l'eau dans la cure de l'obésité.

5° Dubourg a insisté sur l'étiologie scrofuleuse et cardiaque possible de l'obésité.

6° Worthington a préconisé en France le régime dit de Banting.

7° Les classiques Trousseau, Jaccoud, ne semblent pas avoir apporté d'éléments nouveaux au problème de l'obésité. Dieulafoy en a cependant donné une élégante description clinique et a préconisé une thérapeutique antiobésité d'après les idées alors à l'ordre du jour.

8° Bouchard a apporté de nombreux éléments à l'étude de l'obésité.

- a) Une description d'allure scientifique;
- b) Une doctrine pathogénique (l'obésité est une maladie par ralentissement de la nutrition);
- c) Un élément étiologique : il rattache, avec nombreuses preuves à l'appui, l'obésité à la grande diathèse neuro-arthritique;
- d) Une thérapeutique rationnelle;
- e) Un élément clinique nouveau : la chlorose des géants.

Il faut dire cependant que, dans sa doctrine, Bouchard admet la transformation des protéines en graisse, ce qui est actuellement loin d'être prouvé.

9° Dans sa thèse (1899), Laval nie la valeur de la restriction hydrique dans la cure de l'obésité, et préconise la valeur thérapeutique de l'amaigrissement rapide.

10° Bien que non médecin, Brillat-Savarin semble avoir pressenti, dès le début du xix<sup>e</sup> siècle, la transformation des hydrates de carbone en graisse; il parle de disposition naturelle à l'engraissement, et décrit un type morphologique de sujet prédestiné à l'obésité; il rejette la médication acide et vante le quinquina.

11° Bordier, en 1889, dans son traité de *Pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés*, groupe tout un ensemble de remarques sur les végétaux et les animaux susceptibles d'éclairer la pathologie humaine.

12° Barié, en 1894, étudie les troubles cardiaques chez les obèses.

13° L'endocrinologie qui marque une date dans l'histoire de l'obésité prend naissance en 1855, avec Adisson et Claude Bernard, mais le premier travail

endocrinologique précis est dû à Brown Séquard (1856).

14° Dès 1841, Mohr avait signalé une obésité associée à une tumeur de l'hypophyse, mais il n'est pas établi qu'il ait vu une relation entre la lésion hypophysaire et l'obésité.

Babinski, en 1900, marque la relation possible entre l'obésité et une tumeur hypophysaire.

15° Bien que Percival Pott ait signalé, dès 1790, la possibilité de rapport entre l'ovariotomie et l'obésité, ce n'est qu'en 1871 que Bouilly signale ces rapports d'une manière plus précise.

Ils sont du reste, par la suite, niés par Puech (1873) et par Kœberlé (1878).

Péan affirme leur réalité en 1880.

Gull, en 1875, signale l'altération du corps thyroïde dans le myxœdème; bien que le myxœdème se différencie de l'obésité, il s'y trouve parfois associé, c'est pourquoi on peut considérer Gull comme un précurseur de la notion d'obésité thyroïdienne.

Dercum, en 1888, décrit la maladie qui porte son nom et la rattache à une lésion thyroïdienne.

Buquin, en 1895, dans sa thèse, en se basant sur des observations de Chauffard et de Bouchard, utilise le corps thyroïde contre l'obésité; cette médication est étudiée simultanément par Davies en Angleterre.

Bournéville l'étudie à nouveau en 1896.

Magnus Lévy, en 1894, commence à appliquer l'étude du métabolisme de base aux troubles pathologiques; cette étude prendra de l'importance par la suite, dans l'étude de l'obésité en rapport avec un vice de fonctionnement thyroïdien.

Œstreich et Slawick signalent, en 1899, une obésité associée à une tumeur épiphysaire.

Dans l'ensemble, le xix<sup>e</sup> siècle a quitté l'empirisme

médical pour essayer de donner à l'étude de l'obésité des méthodes scientifiques. Il a vu naître la science endocrinologique et tente des rapprochements entre les données de cette science et l'obésité.



## L'obésité au XX<sup>e</sup> siècle

De 1900 au moment présent, la question de l'obésité a donné lieu à de nombreuses controverses, certains restant dans les idées classiques, d'autres battant en brèche les conceptions traditionnelles.

Cependant, de nouveaux éléments cliniques pathogéniques et thérapeutiques s'ajoutent au problème de l'embonpoint.

Les mêmes auteurs principaux, au cours de ce début de siècle, défendent leurs conceptions dans des publications diverses.

Leven, en 1901, présente une thèse souvent citée et dont, par la suite, l'auteur a souvent défendu les conceptions qui y étaient exprimées.

Dans cette thèse, Leven combat une conception pathogénique de V. Noorden, exprimée dans la publication *Die Tettsucht Wien* (1900), par des arguments tirés de Bouchard.

Que soutenait, en effet, V. Noorden? Cet auteur avançait que l'engraissement survenait lorsque le nombre de calories utilisées était plus petit que le nombre de calories reçues; il ajoutait à cela que ce principe restait vrai, quelque fût la nature de l'aliment, et qu'il n'y avait pas lieu de s'occuper de la teneur en graisse, seule la valeur calorique était utile à connaître.

« Cette transformation des idées était peut-être due, dit Leven, à la notion nouvelle que la graisse ne provient pas seulement de la graisse; elle provient encore des hydrates de carbone et des albuminoïdes. »

Leven oppose à cette conception les statistiques de Bouchard qui, sur 100 obèses, trouvait :

50 obèses à régime normal;

40 gros mangeurs;

10 dont la ration quotidienne était inférieure à la normale.

D'autre part, l'engraissement, dit Leven, est variable suivant différentes phases de la vie, certains maigrissent avec des féculents, et sur ces données, il entrevoit déjà la dyspepsie comme cause explicative.

Puis il combat, toujours par les données de Bouchard, les conceptions de Bunge, qui soutenait que l'insuffisance de l'exercice était la seule et unique cause de l'engraissement.

En effet, sur 100 obèses :

35 avaient une vie normalement active;

28 une vie plus active que la moyenne;

37 une vie insuffisamment active;

et Leven conclut par une phrase de Bouchard :

« L'obésité, cette maladie des gourmands et des paresseux, ne reconnaît pour cause ni l'abus des aliments, ni le défaut d'exercice. »

Mais alors, à quoi attribuer la cause de l'obésité?

Leven, se basant sur des observations recueillies par son père, M. Leven, insiste sur la dyspepsie associée et cause de l'obésité :

« Jamais on ne trouvera en défaut la notion que l'obèse est toujours un dyspeptique. Lorsque j'ai passé en revue les différentes questions intéressant l'étiologie de l'obésité, j'ai considéré successivement les rapports de l'engraissement avec la grossesse, la menstruation, l'alimentation, le mouvement, etc...

« Dans ces différents états, la dyspepsie entre toujours en jeu, elle est constamment l'intermédiaire nécessaire. »

De plus, Leven insiste vivement sur le rôle des

émotions, des névroses dans la genèse de l'obésité. Pour cela, il cite entre autres des observations d'auteurs antérieurs, une de Worthington, une de Féré, si caractéristique que nous la reproduisons; elle est tirée de la *Pathologie des émotions*, parue en 1892. C'est l'histoire d'un père qui engraisse après la mort de sa fille.

« A partir de ce moment, il commença à prendre de l'embonpoint, ceci l'inquiéta, et il ne comprenait pas qu'il pût engraisser en vivant aussi tristement et aussi simplement. Avant tous ses tourments, M. P... n'avait jamais pesé plus de 60 kgs. Il mesure 1<sup>m</sup>64. Le 30 octobre 1885, il pèse 82 kgs; le 16 janvier 1886, 90 kgs 500. Il essaya des exercices violents sans aucun résultat. Le 12 mai 1886, il pèse 102 kgs; le 15 juillet, 106 kgs. Depuis son poids oscille entre 102 et 106 kgs. » Il conclut que chez tous les obèses on constate l'existence de symptômes de névrose ou de neurasthénie.

Pour donner un appoint au rôle du système nerveux dans l'obésité, Leven cite dans sa thèse l'exemple suivant, qu'il prend à Weir Mitchell<sup>1</sup>.

C'est une observation qui concerne une fille de 12 ans, chez qui le tissu adipeux faisait complètement défaut dans la moitié supérieure du corps, alors qu'il était normal dans toutes les autres régions. Pour Leven, l'intégrité de la peau, des masses musculaires et du squelette semblerait démontrer la possibilité de centres nerveux distincts capables d'empêcher la formation de la graisse.

En réalité, cette observation présente pour nous un haut intérêt, car nous croyons voir là la première observation de la lipodystrophie progressive qui fut décrite par Simmons en 1911.

---

1. *American Journal of medical Sciences*, p. 105, vol. XC, juillet 1885.

Dans un *Traité de l'obésité* paru en 1904, cet auteur reprend les notions qu'il avait déjà indiquées dans sa thèse, et d'un point de vue thérapeutique, insiste sur la nécessité de soigner les malades en envisageant le côté dyspeptique. Ils doivent manger à leur faim et boire à leur soif; et, peut-être le premier, il insiste sur le rôle thérapeutique de la station couchée dans le traitement de l'obésité.

Cet auteur est revenu par la suite, dans différentes publications, sur les idées qu'il avait déjà énoncées. La notion d'obésité commençante ayant prêté souvent à discussion, pour Leven, « le véritable poids « physiologique » est le poids moyen resté fixe pendant de nombreuses années, aussi longtemps que le sujet a été bien portant ».

L'obésité commence donc au-dessus de ce poids physiologique.

C'est en 1901, après Babinski, que Frohlich signale les rapports de l'hypophyse et de certaines obésités; nous reproduisons ici les constatations radiographiques et opératoires de l'observation de Frohlich.

#### *Constatations radiographiques et opératoires de l'observation de Frohlich*

La radiographie faite chez Holsknecht montra la destruction du corps du sphénoïde et de la selle turcique avec constatation des apophyses clinéoïdes antérieures.

L'ablation de la tumeur hypophysaire fut pratiquée par Von Eiselsberg, le 21 janvier 1907; il choisit la voie nasale.

La masse était formée par un kyste hématique de l'hypophyse, renfermant plusieurs cuillerées de sang. L'examen de la paroi du kyste fait par Størck permit

de supposer qu'il « s'agissait d'un carcinome ». Les suites opératoires furent très simples. La plaie était cicatrisée le douzième jour, il ne restait plus qu'une déformation due à l'ablation de la glabelle. L'état du malade s'améliora beaucoup, à tel point que les douleurs de tête, les troubles oculaires disparurent.

A la suite de cette observation, Frohlich rassembla les faits comparables épars dans la littérature médicale, et formula la conclusion suivante :

« En présence de symptômes qui font supposer l'existence d'une tumeur de la région pituitaire, lorsque les symptômes acromégaliqes font défaut, mais que l'on constate d'autres troubles trophiques, tels qu'une adiposité se développant rapidement en des modifications cutanées rappelant le myxœdème, on est en droit d'admettre l'existence d'une tumeur ayant pour point de départ l'hypophyse elle-même. »

Notons ici qu'en 1903 Sicard et Roussy<sup>1</sup>, en se basant sur deux observations prises dans les services de Raymond à la Salpêtrière, et de Darier à la Pitié, rapportent l'adipose douloureuse à l'ablation des ovaires. Ils proposent de donner de la glande ovarique dans l'adipose douloureuse.

Carnot (P.), en 1904 et 1906, a effectué des recherches intéressantes sur l'étiologie et la pathogénie de l'obésité.

Il a insisté notamment sur diverses obésités toxiques et infectieuses dont les plus fréquentes sont les obésités alcooliques et tuberculeuses et qu'il a pu reproduire expérimentalement avec Amet. Il a repris d'autre part l'étude de certaines obésités endocriniennes.

a) *Obésité toxique.* — Suivant la dose, certaines

---

1. 16 octobre 1903, Société médicale des Hôpitaux.

substances sont capables de déterminer dans l'organisme des effets diamétralement opposés, cette loi générale peut s'appliquer aux maladies de la nutrition.

Nous relevons dans l'exposé de titres de Paul Carnot : « Dans une de nos expériences avec de l'arsenic par exemple, l'animal, un cobaye adulte de 450 gr. antérieurement en équilibre de poids, arrive à peser 640 gr. après un mois; 780 gr. après deux mois; 840 gr. après trois mois; 900 gr. après quatre mois; 975 gr. après cinq mois; 1010 gr. après six mois; cet animal doubla donc de poids en quatre mois et atteignit un volume tout à fait anormal, sans qu'aucune modification ait été apportée à son régime alimentaire. Avec le phosphore, un cobaye adulte de 440 gr. parvint à 610 gr. après un mois, à 700 gr. après deux mois, à 800 gr. après trois mois, ayant presque doublé de poids en trois mois. »

Avec le plomb, avec l'alcool, avec la strychnine, la morphine, avec diverses toxines, P. Carnot obtient des résultats analogues. A propos de l'alcool, il écrit :

« Ces faits sont à rapprocher de l'obésité, si fréquente, des alcooliques intoxiqués lentement, des marchands de vin notamment. »

b) *Obésité infectieuse.* — L'obésité infectieuse a été réalisée dans les expériences de Carnot par injections de cultures peu virulentes ou de toxines, par exemple, un lapin de l'hôpital Trousseau avait fini par peser 8 kilos après une série d'injections de toxine diphtérique. De même certains cobayes tuberculisés à faible dose et suivis avec Delion, avaient augmenté de plusieurs centaines de grammes et leurs organes étaient infiltrés de graisse. Cliniquement, l'obésité infectieuse s'observe souvent après une fièvre typhoïde, d'autres infections, mais surtout la

tuberculose. Dans un de nos cas, l'obésité avait débuté peu après une hémoptysie et avait atteint 120 kilos.

Dans un autre, l'évolution torpide de la tuberculose s'était accompagnée d'augmentations mensuelles pouvant atteindre de 10 à 15 kilos. Si, fréquemment, cette adipose excessive peut être rattachée à une suralimentation thérapeutique, parfois aussi à l'alcoolisme concomitant, il semble, par contre, que dans certains cas, le régime restant le même, il y ait lieu d'incriminer la tuberculose elle-même.

Le pronostic de l'obésité tuberculeuse n'est, d'ailleurs, pas toujours très brillant et parfois ces sujets, malgré leur embonpoint, présentent une évolution rapide de leurs lésions bacillaires.

D'un point de vue pathogénique, la surcharge graisseuse a pour Paul Carnot une signification défensive et antitoxique.

« Nous nous sommes demandé, avec M<sup>re</sup> Deflandre, si cette surcharge graisseuse n'a pas la signification d'un processus de défense. »

Nous avons notamment réalisé l'expérience suivante : des cobayes ayant été nourris huit jours avec du beurre, on leur fait ingérer une dose une fois et demie mortelle d'alcool : tous les animaux à surcharge graisseuse survivent, alors que les témoins meurent avec une hypothermie progressive. De même avec M<sup>me</sup> Cairis, nous avons montré que le camphre en solution huileuse est moins toxique qu'en nature, et surtout en solution hydro-alcoolique.

L'exagération de ces processus de défense transforme l'obésité en un phénomène morbide.

D'autre part, le professeur Carnot a ajouté des éléments séméiologiques à la description de l'obésité<sup>1</sup>,

---

1. P. Carnot, Bulletin médical, 1906.

pour lui la graisse abondante sur les parties médianes (périnée, ligne blanche de l'abdomen, creux sus-sternal, région rachidienne), correspondrait à l'abondance de la graisse profonde dans l'intérieur de l'abdomen. Par contre, la graisse déposée dans les seins, les bras, les cuisses, serait en rapport avec la prédominance périphérique de l'adipose. Tels sont, dans l'ensemble, les travaux effectués par M. Carnot sur la question de l'obésité.

Cependant, les rapports de l'obésité et des glandes à sécrétion interne devenaient de plus en plus à l'ordre du jour.

Pierre Ferry, dans sa thèse de Lyon (1907), fait une revue d'ensemble de la question, et envisageant les rapports de l'obésité avec la castration, il groupe dans un tableau les résultats publiés par différents auteurs; nous reproduisons le tableau :

|                     |            |                 |
|---------------------|------------|-----------------|
| 4 cas d'adipose sur | 55 opérées | Jayle           |
| 0 »                 | »          | » 28 » Julien   |
| 0 »                 | »          | » 136 » Pinesse |
| 3 »                 | »          | » 200 » Baudrou |
| 2 »                 | »          | » 45 » Martin   |
| 0 »                 | »          | » 51 » Ferry    |

donc 9 cas d'adipose sur 515 opérées, soit 2 % à peine.

En 1910, Launois et Cleret « essaient de montrer comment les lésions de la glande pituitaire, s'associant à des troubles évolutifs pathologiques ou fonctionnels de l'appareil génital, sont susceptibles d'agir d'une façon élective sur les cellules conjonctives, en provoquant et en exagérant leur surcharge graisseuse ».

Vers la même époque, nous citerons les travaux de Neurath, Madelung, Frantal-Howard, Hutinel, Babon-

neix et Paiseau, Grahaut, Toupet et Burnier, et les articles d'ensemble de Fischer, Harvey, Cushing, Hewlet, Von Eiselsberg, Oscar Hirsch, Souques et Stephen Chauvet, sur les questions plus spéciales du syndrome adipeuse génital chez l'enfant.

Il faut y ajouter les rapports de Nathan et Mouriquand<sup>1</sup>, le rapport de Carnot et Dumont<sup>2</sup>, les rapports de M. le professeur Lereboullet seul et avec ses collaborateurs.

De l'ensemble de ces observations il ressortait l'existence d'un syndrome, le syndrome adiposo-génital.

Ce syndrome adiposo génital est caractérisé par :

1° des phénomènes de compression cérébrale, céphalée, vomissements; des troubles visuels, baisse de la vue, hémianopsie bitemporale, accompagnés de lésions de la selle turcique;

2° de l'obésité rapide et progressive;

3° de l'atrophie et des troubles profonds des organes génitaux.

Parfois, le syndrome est fruste. Deux conditions sont seules réalisées : l'obésité et l'atrophie génitale d'une façon plus ou moins accentuée.

Du reste, nous ne pouvons pas ici détailler ce syndrome.

En même temps que grâce à ces faisceaux d'observations, s'étayait la clinique du syndrome adiposo-génital, on essayait de le réaliser en médecine expérimentale.

Crowe, Lushing et Hornaus pratiquèrent l'ablation de l'hypophyse sur plus de 200 chiens et arrivèrent aux conclusions suivantes :

« Les animaux qui se rétablissent présentent des

---

1. Société de Pédiatrie, 1913.

2. Société médicale des Hôpiaux, 1912.

troubles comparables à ceux observés chez l'homme; ils acquièrent rapidement l'obésité, des troubles de nutrition de la peau, l'inactivité sexuelle et l'atrophie des glandes génitales, un trouble profond dans le métabolisme des hydro-carbones, des troubles psychiques, etc... Les jeunes chiens opérés présentent le maximum de troubles. Le tissu graisseux envahit non seulement la couche cellulaire sous-cutanée, mais encore les organes profonds comme le foie. »

Cushing (1910) attribuait ces troubles à l'hypo-fonctionnement du lobe postérieur, les injections répétées d'émulsion de glande entière ou du seul lobe postérieur entraînant l'émaciation des animaux avec glycosurie.

Cette conception était combattue par Adheim et Aschner qui, ayant enlevé le lobe postérieur seul, n'avaient pas vu chez leurs animaux se développer le syndrome adiposo génital que produirait, d'après eux, l'ablation du lobe antérieur.

Du côté des thyroïdes, Parhon, professeur à l'Université de Jassy, dans son livre sur les sécrétions internes (1909), rapporte plusieurs cas d'obésité avec des thyroïdes modifiées, petites ou sclérosées, à colloïde modifié.

A cette époque, on continue de même à étudier les rapports de l'épiphyse et de l'obésité. Parmi les observations recueillies, une de Marburg, en 1904, est particulièrement intéressante.

*Observation de Marburg, 1909 : Fillette de 9 ans. Apparition de symptômes de tumeur cérébrale. Augmentation de volume du crâne, stase papillaire ayant amené l'atrophie : tendance à tomber en arrière, légère ataxie des membres inférieurs.*

*Dès le début de l'affection se développe une adi-*

posité surtout marquée au niveau de la poitrine et de l'abdomen, en un mois elle gagne 700 grammes.

*Radio.* — Région hypophysaire libre...

*Autopsie.* — Tumeur pineale ayant l'aspect d'un gliome ne dépassant pas sensiblement en arrière les tubercules quadrijumeaux antérieurs atteignant en avant le pulvinar gauche, comprimant le vermis. L'épaisseur du pannicule adipeux dépasse 5 cm. au niveau de l'abdomen.

*Examen microscopique.* — Tumeur mixte à laquelle prennent part le tissu propre, l'épendyme, le plexus choroïde et la névroglie. On trouve de plus un certain degré de status lymphatique et un léger degré de strume colloïde. L'examen des autres glandes à sécrétion interne, en particulier glande génitale et hypophyse, n'a rien montré de pathologique. L'infundibulum débité en tranches sériées s'est montré intact en dehors de l'hydrocéphalie.

Vers cette époque on note en France des observations de Raymond et Claude (1910) (enfant de 10 ans qui grossit et devient *rapidement obèse*).

De Kleppel, Mathieu Pierre Weil, Minvielle (enfant de 12 ans qui est très musclé, mais présente une adiposité exagérée; poids 41 kil. 700, alors que le poids normal d'un enfant de 12 ans est de 30 kil. 400, de 13 ans, 35 kil. 800).

Il faut bien dire que parmi les observations publiées de tumeur épiphysaire, toutes ne relatent pas l'obésité.

Si l'obésité est un symptôme relativement fréquent, il n'est pas un symptôme dominant. D'autres symptômes s'avèrent par leur constance plus caractéristique d'un syndrome d'origine épiphysaire.

Aussi, lorsque Pellizzi crée en 1910 le syndrome de macrogénitosomie précoce en rapport avec des

tumeurs épiphysaires, l'obésité ne rentre pas en ligne de compte, et le syndrome est ainsi caractérisé :

1° Développement rapide des organes génitaux externes s'accompagnant de l'apparition prématurée de la fonction génitale;

2° Apparition précoce des caractères sexuels secondaires (pilosité, mue de la voix);

3° Accroissement rapide et harmonieux de la taille;

4° Développement psychique anormal.

Pour les surrénales, en 1756, W. Cooke décrit le premier, scientifiquement, dans un cas de tumeur de la surrénale, l'existence d'adipose et d'hypertrichose.

Apert en 1910, Alamartine et Maizot, ont consacré à l'étude des hypernéphromes génitaux, en janvier 1912, un excellent travail.

Mais c'est dans la thèse d'Alfred Gallais, en 1912, que sont décrites 25 observations d'hypernéphromes accompagnés d'obésité et d'hypertrichose, dont quatre observations personnelles.

Nous copions une observation de cet auteur qui nous semble particulièrement convaincante, et nous résumons ses conclusions cliniques et anatomo-pathologiques.

*Observation Alfred Gallais. 21 mars 1912<sup>1</sup>. — Vers 1893, M. et M<sup>me</sup> P... étaient venus ouvrir à R... un petit magasin de parfumerie. Tous deux, jeunes et bien portants, le mari grand, bel homme, coiffeur de son métier, la femme grande et belle femme, au teint mat et originaire de la Martinique. Ni l'un ni l'autre n'avaient d'antécédents pathologiques. Ces deux personnes avaient deux filles : Louise 14 ans, et Marie*

---

1. Société de Psychiâtrie, 21 mars 1912.

12 ans et demi. Ces deux jeunes filles étaient élégantes, aimables, bien faites et d'une beauté si ravissante qu'elles faisaient l'orgueil des parents, et qu'elles étaient le charme de la clientèle. Toutes deux paraissaient avoir trois ou quatre ans de plus que leur âge réel.

Six mois à peine après l'installation de cette petite famille, l'aînée Louise, changea complètement d'aspect : d'élancée qu'elle était, elle devint épaisse et son visage si féminin jusqu'alors prit des traits extraordinairement masculins, et cela d'une façon d'autant plus frappante que la lèvre supérieure se recouvrit rapidement d'une moustache accentuée. Elle engraisait de jour en jour davantage, sa voix devenait masculine, les cartilages du pharynx proéminaient à la face antérieure du cou. L'embonpoint parti apparemment de la figure, envahit tout le corps jusqu'aux pieds. La pauvre enfant avait la joue boursouflée d'un érysipélateux. Ses beaux yeux noirs disparaissaient dans le masque adipeux et ils n'étaient plus que deux points brillants se faisant à peine jour dans la fente palpébrale.

En même temps le caractère changeait d'une façon notable. Très douce et gracieuse auparavant, elle devenait autoritaire, énergique et brutale. Elle prenait à partie ses parents, les clients, et se mettait contre eux et sans motif, constamment en colère. Sa voix devenait de plus en plus masculine. Bref, l'ensemble de ces transformations faisait de la malade une véritable curiosité.

Le corps, sauf dans les régions de peau blanche, se recouvrait de poils noirs abondants; la barbe devenait encore plus touffue, le caractère était de plus en plus irritable et violent.

Quelques jours plus tard, elle commença à faire les actes les plus extravagants. Elle grimpaux arbres,

elle passait des heures perchée au haut d'un platane en lançant des pierres aux passants. Son agilité alors contrastait singulièrement avec le volume des jambes qui étaient devenues énormes. En même temps elle parlait avec une grande volubilité; ses associations d'idées évoluaient surtout dans l'ordre des souvenirs de son enfance; elle apostrophait de quolibets spirituels les personnes de son entourage, allait, venait, chantait et se mettait constamment dans des colères furieuses.

Au cours de ses colères, elle frappait sa sœur, ses parents et les clients, quand par hasard elle s'échappait dans le magasin. Ses règles étaient suspendues.

Les membres inférieurs et le ventre étaient énormes; la paroi abdominale était tellement épaissie et infiltrée de graisse que la palpation profonde ne permettait pas de sentir les organes.

Cependant la patiente qui, pendant les douze premiers mois de son affection s'était montrée remarquablement robuste, se mit à s'amaigrir et à s'affaiblir. L'asthénie apparut et la malade passa ses journées étendue sur un canapé en tenant des propos délirants. Les poils étaient toujours drus et serrés.

Très rapidement l'évolution tourna court. La petite malade se mit à tousser et à suffoquer. Elle avait les deux poumons remplis, des sommets aux bases, de râles gros et humides avec œdème des bases surajouté. Ces phénomènes s'accompagnaient alors d'œdème malléolaire et d'ascite sans albumine dans les urines. La malade, après plusieurs mois d'agitation, mourut alors en quelques jours, au milieu de phénomènes asphyxiques et délirants. L'évolution clinique avait eu environ dix-huit à vingt mois de durée. »

Cette observation est très intéressante, elle peut être schématisée en deux stades : un stade d'obésité,

d'hyperactivité et d'hypertrichose en rapport probablement avec le développement progressif de la tumeur surrénale.

Un stade de généralisation néoplasique avec asthénie, et mort dans l'asphyxie.

Pour être complète et absolument convaincante, il lui manque l'appoint de la nécropsie montrant la réalité de la tumeur surrénale et l'examen histologique précisant la variété de cette tumeur.

Du reste, Alfred Gallais relate d'autres observations démonstratives accompagnées cette fois de constatation tumorale.

En effet, à l'examen physique d'un autre malade dont l'observation est transcrite avec un grand luxe de détails, il écrit :

« On constate maintenant, dans l'hypocondre gauche, l'existence d'une tumeur volumineuse et bilobée dont le plus grand diamètre est antéro-postérieur, elle paraît subdivisée en deux, elle s'enfonce dans la région lombaire sous les fausses côtes. »

« L'existence de cette masse non douloureuse à la palpation non plus qu'à la pression, est l'objet de discussions nombreuses : les uns la localisent dans la rate, les autres dans le rein gauche, *les troisièmes soupçonnent qu'elle peut bien avoir effectivement comme point de départ la glande surrénale correspondante.* »

Les résultats de l'autopsie, quant aux surrénales, sont les suivants :

« La glande surrénale, du côté droit, paraît normale. Il est impossible de trouver celle du côté gauche, qui est remplacée par une énorme masse grisâtre, légèrement granuleuse, bilobée, pesant 2 kil. 500. L'examen de cette tumeur nous révèle un hypernéphrome typique de la cortico-surrénale, généralisé au foie et aux deux poumons. »

Dans son exposé de titres scientifiques 1919, le professeur Marcel Labbé résume ainsi ses travaux sur l'obésité jusqu'à ce jour.

#### EXPOSÉ DE TITRES SCIENTIFIQUES (1919)

##### OBÉSITÉ

« L'obésité est le cas le plus simple dans les troubles de la nutrition. Je l'ai étudiée dans sa symptomatologie, dans son étiologie et sa pathogénie, et je me suis efforcé de mettre en lumière les causes du déséquilibre énergétique qui mène à l'accumulation de la graisse, ramenant à des proportions modérées le rôle des glandes vasculaires sanguines. J'ai distingué deux types cliniques : l'obésité simple et l'obésité compliquée, dans laquelle les troubles rénaux prennent une importance considérable. Jusqu'ici on avait surtout étudié les troubles cardiaques des obèses; j'ai montré que la sclérose rénale est la complication la plus fréquente et la plus redoutable; avant l'âge de 50 ans, la proportion des néphrites est de 22 % chez les obèses, après 50 ans elle est de 77 %.

« Avec L. Furet, j'ai suivi jour par jour les éliminations urinaires pendant une cure d'obésité et j'ai montré l'influence du régime de l'ingestion de sel, du corps thyroïde, des bains de vapeur. Avec M. Weiss, j'ai étudié les échanges respiratoires chez les obèses et leurs modifications sous l'influence du corps thyroïde. Ces recherches m'ont servi de base précise pour instituer une cure rationnelle de l'obésité fondée sur le régime et l'exercice; cette cure peut être chez les insuffisants cardiaques, aidée par la gymnastique électrique, dont j'ai observé avec Laquerrière et Delherm les excellents effets; elle permet de gué-

rir des obésités que l'on avait jusque-là pu croire irréductibles. »

Depuis cette date, 1919, le professeur Marcel Labbé a publié différents travaux relatifs à l'obésité.

L'autorité de l'auteur dans les maladies de la nutrition nous fait un devoir de ne pas nous en tenir à l'exposé trop succinct du relevé de ses travaux scientifiques.

Au point de vue pathogénique, le professeur Marcel Labbé s'en tient à la conception classique :

Excédent de recettes, défaut de dépenses.

Pour lui, la pathogénie de l'obésité banale par suralimentation et sédentarité se conçoit facilement : les recettes dépassent les dépenses. L'organisme met en réserve l'excédent, or la seule forme chimique avec laquelle nous sommes susceptibles de faire des réserves, c'est précisément la graisse; aussi comprend-on que celle-ci s'accumule dans les tissus.

Au point de vue étiologique, le professeur Marcel Labbé admet avant tout l'obésité du gros mangeur et du sédentaire.

Par rapport à ces obésités, le champ des obésités endocriniennes doit être assez limité.

Le professeur Marcel Labbé les discute toutes.

a) *Obésité thyroïdienne*, la mieux établie; la petite et la grande insuffisance thyroïdienne sont susceptibles de déterminer certaines obésités.

b) *Obésité hypophysaire* déjà plus discutable et plus restreinte. Au cours des tumeurs malignes de l'hypophyse, il n'est pas absolument démontré que l'obésité relève, en pareil cas, de l'abolition de la sécrétion glandulaire et non plutôt de la compression du territoire adjacent infundibulo-tubérien, de la base du cerveau.

c) *Obésité ovarienne* très discutable. L'aménorrhée, la stérilité concomitante, sur lesquelles on s'appuie pour la démontrer, n'est probablement qu'une conséquence de l'obésité. Elles disparaissent par le traitement.

On met en avant l'engraissement après la ménopause, après castration, mais les statistiques ne sont pas assez fermes pour être convaincantes; beaucoup de jeunes femmes castrées, beaucoup de femmes ménopausiques n'engraissent pas.

Dans l'obésité de la grossesse, beaucoup d'éléments rentrent en ligne de compte (rétention d'eau, fœtus, développement des glandes mammaires), et bien des femmes gravides se suralimentent.

Quant à l'obésité de la lactation, il est fréquent que les nourrices soient suralimentées.

d) *Obésité testiculaire*. — Elle peut se rattacher à la suralimentation, les eunuques travaillant et mangeant modérément, gardent un poids normal.

e) *Obésité épiphysaire*. — Elle se voit surtout chez les petits garçons au cours des tumeurs de l'épiphyse, mais l'obésité n'est pas un symptôme obligatoire des tumeurs épiphysaires et rien ne dit que comme l'obésité hypophysaire elles ne dépendraient pas plutôt de la compression de la région infundibulo-tubérienne.

f) *Obésité surrénale*. — Elle s'observe surtout chez les petites filles, liée à une tumeur maligne de l'écorce de la surrénale, elle ne constitue qu'une manifestation inconstante de la maladie.

g) *Obésité pluriglandulaire*. — A rapprocher des cas ci-dessus exposés.

h) *Obésité nerveuse*. — Elle s'observe dans les

tumeurs du troisième ventricule, on en a rapproché les obésités hypophysaires et épiphysaires. Ce ne sont que des exceptions.

Somme toute, les obésités endocriniennes et nerveuses sont l'exception, non la règle, leur intégrité est, de plus, bien souvent, discutable.

Ici, pour bien comprendre cette opinion actuelle du professeur Marcel Labbé sur les obésités nerveuses hypophysaires et épiphysaires, nous devons continuer l'histoire de l'obésité hypophysaire et épiphysaire au point où nous l'avons laissée, mais nous verrons comment la variation des doctrines et la difficulté d'en tirer une conclusion justifient en quelque sorte l'attitude du professeur Marcel Labbé.

En 1920, les travaux de Camus et de Roussy d'une part, d'autre part certains faits observés pendant l'épidémie de névrauxite de 1920 devaient jeter des doutes sur les rapports entre le syndrome adiposogénital et les lésions hypophysaires. De plus, en 1921, une observation princeps de Lereboullet, Cathala et Mouzon, devait-elle aussi fortement ébranler le dogme hypophysaire.

Camus et Roussy lésèrent le *tuber cinereum* en respectant l'hypophyse.

« Nombre de chiens, auxquels avait été faite une lésion expérimentale du *tuber cinereum*, l'hypophyse étant complètement respectée, ont présenté un syndrome adipeux génital typique, chez quelques-uns l'augmentation de poids s'est produite avec une rapidité surprenante. ... Chez ces animaux, l'autopsie montrait cependant un pannicule adipeux très infiltré de graisse... En même temps que l'obésité on observe souvent d'importantes modifications du côté des organes génitaux : arrêt de développement s'il s'agit d'animaux jeunes, régression s'il s'agit d'adultes. »

A la même époque, au cours de l'épidémie de névrxite, de nombreux observateurs constataient des cas d'obésité chez les malades atteints d'encéphalite léthargique.

Ces obésités revêtaient soit une forme banale, soit dans quelques cas, l'aspect du syndrome adiposo-génital.

Ces obésités donnaient lieu à de nombreuses discussions.

Certains les attribuaient à l'atteinte généralisée des glandes à sécrétion interne au cours de l'injection.

Pour d'autres, le processus infectieux se localisait dans ce cas sur l'hypophyse.

Pour d'autres encore, l'obésité devait être attribuée à la localisation du processus infectieux sur les noyaux gris électivement frappés au cours de la névrxite épidémique.

En 1921, dans la revue neurologique, Lereboullet, Lathala et Mouzon publiaient leur observation princeps : « *Infantilisme dit hypophysaire du 3<sup>e</sup> ventricule. Intégrité de l'hypophyse.* »

On apprenait que les tumeurs primitives de la base du cerveau, du 3<sup>e</sup> ventricule en particulier, pouvaient déterminer le syndrome adiposo-génital en dehors de toute atteinte hypophysaire.

Il va sans dire qu'à cette époque, devant ces faits troublants, certains manifestaient une réaction violente. Il paraissait logique de conclure que lorsque l'obésité apparaissait chez un sujet porteur d'une tumeur hypophysaire, elle était due à une compression des noyaux gris mésencéphaliques voisins et non à un trouble des fonctions de l'hypophyse. On en vint même à soutenir que la glande pituitaire n'était qu'un organe régressif dépourvu d'activité endocrine.

Il était cependant difficile de croire qu'un organe aussi bien protégé dans sa selle osseuse, aussi cons-

tant dans la série animale, aussi précocement développé au cours de l'embryogénèse, puisse être dépourvu de toute fonction physiologique.

Cushing et ses élèves eurent le grand mérite de savoir résister à cette phase de scepticisme et de toujours considérer l'hypophyse comme une glande jouant un rôle capital dans l'économie.

A partir de 1927 les expériences de Smith et Engle, Ascheim et Zondeck sur les corrélations hypophyso-génitales devaient remettre en lumière les fonctions endocrines de l'hypophyse et donner raison à Cushing et à ses élèves. « Depuis cette date, les études physiologiques se sont multipliées à l'infini, les relations de l'hypophyse et du mésencéphale se sont précisées : un nombre réellement prodigieux de fonctions très diverses ont été reconnues à cette glande. »

L'hypophyse semble être « la glande maîtresse », « le levier de commande du système endocrinien ».

Nous ne pouvons exposer, même succinctement ici, toutes les corrélations anatomiques et fonctionnelles qui, d'après les travaux récents unissent l'hypophyse au mésencéphale, sachons qu'à l'heure actuelle *on admet un complexe neuro-endocrinien qui concilie à la fois* les découvertes des premiers observateurs et celles plus récentes de 1920-1921.

Il est curieux de citer comment en 1695 s'exprimait le neurologue anglais Fridley : « Du moment qu'il existe une relation si intime entre le rete mirabile et l'hypophyse d'une part... l'hypophyse et l'infundibulum (qui est si proche et qui communique directement avec lui) ; d'autre part il semble illogique et en quelque sorte antiscientifique de s'occuper de chacun de ces organes indépendamment. »

Il a fallu près de trois siècles pour vérifier l'assertion du neurologue anglais.

Nous avons vu également les premières observa-

tions sur l'épiphyse. Ces physiologistes, par la suite, se sont unis aux cliniciens pour démontrer le rôle possible de la glande épiphysaire.

Sarteschi, en 1915, par la destruction de la pinéale sur de petits chiens, lapins et chats, obtint une augmentation précoce du développement somatique général et sexuel avec *adiposité* syndrome analogue à celui que déterminent souvent chez l'enfant les tumeurs pinéales.

On objectera alors à Sarteschi qu'étant donné le peu de volume de l'épiphyse, il était difficile de la léser sans atteindre dans la destruction les organes voisins auxquels pouvait ressortir la cause de l'obésité.

Vers cette époque, les travaux de Roussy et Camus sur l'hypophyse et le *tuber cinereum* apportèrent une justification à cette manière négative de juger ou préjuger du rôle de l'épiphyse. Roussy fait remarquer que cette obésité que l'on constate dans les tumeurs de l'épiphyse pourrait être le fait de la destruction d'un centre intermédiaire à l'épiphyse et à l'hypophyse et située par conséquent dans la région opto pédonculaire et notamment dans le *tuber cinereum*.

Somme toute, il résulterait qu'une tumeur située en avant de ce centre à l'hypophyse ou en arrière de ce centre dans la région épiphysaire, serait susceptible d'agir soit en avant, soit en arrière, sur le *tuber cinereum*, et de déterminer diverses modifications somatiques, entre autres l'obésité.

Pour nous éclairer, nous nous sommes reportés au récent ouvrage du D<sup>r</sup> Jean Calvet (1934), professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse : l'épiphyse (étude embryologique, histo-physiologique et anatomo-clinique). Nous en extrayons le passage suivant :

« Le diabète insipide, la polyurie, la polydypsie, la polyphagie, l'acétonurie, l'obésité, ne sauraient être rattachés, semble-t-il, aux troubles propres de la pinéale, mais plutôt aux lésions du plancher du troisième ventricule, comme l'ont montré Jean Camus et Roussy. La soif, chez certains sujets, peut être particulièrement intense. Le malade de Von Hosslein, âgé de 9 ans à peine, buvait 24 litres par jour, et celui de Massot arriva même à 28. L'appétit est énorme, et comme le fait justement remarquer Sézary, « l'on fait trop bon marché de cette notion pour l'interprétation de l'adiposité » qui ne relève fort probablement que de cette boulimie ».

A notre sens, cette interprétation de Sézary citée par Caluet est loin de résoudre le problème, tout au plus pourrait-elle inciter à penser qu'il existe un centre de la faim, de l'appétit, de la soif, à la place d'un centre de l'obésité, ce qui n'est presque qu'une question de terme.

Nous ne pouvons conclure que dans le sens du doute et d'un problème non résolu<sup>1</sup>.

Comme le professeur Marcel Labbé, dans son exposé de titres, insiste sur les deux types cliniques qu'il a distingués, obésité simple et obésité compliquée, en même temps que sur la nécessité d'accorder de l'importance à la sclérose rénale dans l'obésité, nous résumons les articles où se trouvent exposés ces idées.

Article du 28 mars 1908 dans *la Presse Médicale*, sur « L'Obésité simple et l'obésité compliquée ».

---

1. Peut-être pourrait-on admettre une corrélation physiologique entre l'épiphyse et le tuber cinéreum, comme il a été montré l'existence aujourd'hui non douteuse d'une corrélation anatomique et physiologique entre l'hypophyse et le tuber cinéreum.

Pour Marcel Labbé, l'obésité simple s'identifie avec l'obésité pléthorique, l'obésité compliquée avec l'obésité cachectique.

L'obésité simple est due à une accumulation de graisse, l'obésité compliquée à une accumulation de graisse et d'H. 2 0 (cardiaques brightiques).

L'obésité compliquée fait suite à l'obésité simple si l'obèse simple continue sa suralimentation. Dans ces conditions, il fatigue son cœur par infiltration graisseuse et lèse son rein qui devient scléreux par alimentation carnée.

Chez l'obèse floride jeune, il n'y a pas de troubles de l'élimination chlorurée. « On observerait seulement, en établissant le bilan des échanges chlorurés sur une période suffisamment longue, une légère rétention en rapport avec l'accroissement du tissu graisseux qui contient comme tous les autres une certaine proportion de chlorure »; par contre, chez l'obèse cachectique, la rétention est la règle. « Les liquides d'œdème accumulés dans les tissus peuvent compter pour 10 ou 30 kilos. »

De tels faits entraînent un traitement différent.

Dans l'obésité floride la cure a pour base la réduction de l'alimentation au-dessous des besoins de l'organisme, et l'exercice physique exagéré de façon à augmenter les dépenses de l'organisme.

« Dans l'obésité compliquée, avec néphrite interstitielle, myocardite et œdème, la base du traitement est le régime lacté ou le régime déchloruré institué de la même manière et dans le même but que chez les brightiques; de plus, l'alimentation sera réduite au-dessous des besoins de l'organisme. Mais la cure doit être faite au repos pour éviter les accidents cardiaques; elle doit être modérée et conduite sous la surveillance attentive d'un médecin. »

Article du 15 mars 1914. — *Journal Médical Français*. — Petits et grands accidents de l'obésité.

Schématiquement, M. Marcel Labbé décrit chez les obèses :

1° Une période de santé apparente;

2° De petits accidents dus à des troubles fonctionnels;

3° Période de complications dues à des lésions viscérales.

En effet, en plus des maladies accidentelles généralement graves chez les obèses moins résistants et en plus de diathèses associées, M. le P<sup>r</sup> Marcel Labbé décrit des troubles fonctionnels de tous les appareils, appareil digestif (estomac, intestin, foie), appareil respiratoire, organes génitaux, troubles circulatoires, appareil rénal (rein mobile, lithiase rénale, congestion rénale), sclérose rénale, il s'arrête avec élection à la sclérose rénale.

A l'avis de Marcel Labbé, on n'a pas assez insisté sur la sclérose rénale.

Jusque-là Bouchard, sur 108 cas d'obésité, avait signalé 4 albuminuries notables. Oulmont et Ramon, chez 65 obèses, 3 néphrites épithéliales.

Marcel Labbé, en prenant 76 cas d'obésité, trouve 16 fois une albuminurie dosable, soit 21 %; 15 fois des traces d'albumine dans l'urine, soit 19 % et 45 fois l'absence d'albuminurie, soit 59 %.

Il insiste sur le rôle de l'obésité comme cause de néphrite, et en suivant un obèse on peut voir se succéder d'abord l'albuminurie passagère, puis persistante, avec tension exagérée.

Bientôt il n'y a plus de doute, on voit s'installer la rétention chlorurée et uréique avec leur cortège fonctionnel et physique : « Et très fréquemment vingt

ans, quarante ans après les premiers accidents, le malade est emporté par l'asystolie à forme cardio-rénale par un accident d'hypertension artérielle comme l'hémorragie cérébrale, ou par l'urémie. »

Mais pourquoi la néphrite est-elle fréquente chez les obèses ?

La même cause produit l'obésité et lèse le rein ; la suralimentation habituelle et prolongée « par l'irritation qu'elle entretient au niveau du rein, par le surmenage qu'elle impose à l'organe, par les troubles viscéraux multiples qu'elle provoque et qui aboutissent à une élaboration incomplète des matériaux de déchet, agit comme un poison lent et fait de la sclérose rénale ».

Dans un autre article de la même année (1914), paru dans le *Journal de Médecine de Paris*, M. Labbé envisage la gymnastique électrique dans le traitement de l'obésité compliquée.

Marcel Labbé classe les obèses en deux catégories.

1° Ceux susceptibles d'un exercice actif ;

2° Ceux que des lésions viscérales rendent inaptes à un exercice actif.

Pour ceux-ci, Marcel Labbé utilise la gymnastique électrique imaginée et réalisée par le P<sup>r</sup> Bergonié<sup>1</sup>. Sans entrer dans les détails de l'appareil, sachons « que le but de cet appareil consiste à provoquer par l'électricité une contraction simultanée de tous les muscles du corps qui équivaut au point de vue de la dépense énergétique à une contraction volontaire. Les contractions doivent être énergiques et profondes et cependant indolentes, ce qui exige des qualités spéciales du courant et un dispositif particulier ».

M. M. Labbé rapporte deux cas de malades traités

---

1. Bergonié a présenté son fauteuil à l'Académie des Sciences, le 19 juillet 1909.

par le fauteuil électrique du P<sup>r</sup> Bergonié avec des résultats heureux :

— L'un chez une femme atteinte d'obésité, rendue irréductible par l'état de son cœur qui lui interdisait tout exercice physique.

— L'autre chez un homme atteint de spondylose rhizomélique qui ne pouvait, à cause de sa rigidité vertébrale, se livrer à la gymnastique ordinaire.

Bien entendu, la gymnastique électrique serait seule incapable de faire maigrir, il faut lui ajouter l'action du régime réduit.

De plus, M. Marcel Labbé a étudié avec Weiss le système respiratoire de l'obèse et a montré que « chez les obèses, quand on défalque le poids de graisse de leur corps qui ne joue aucun rôle dans les échanges respiratoires, on a la même capacité de combustion protoplasmique que chez les maigres ».

Il a, de plus, dans différentes études sur le métabolisme de l'eau, montré l'inanité du régime sec sur la cure antiobésique et il a insisté sur le fait que la suppression ou la diminution de l'eau était susceptible de favoriser chez les obèses l'apparition de lithiase, affection qui s'associe volontiers à l'obésité.

A la *Société Médicale des Hôpitaux* (séance du 1<sup>er</sup> mai 1925), Marcel Labbé et Boulin ont étudié « l'étude de la glycémie provoquée chez les obèses par l'injection de glycose ». Après avoir rappelé les travaux antérieurs d'Achard et Weill, de Gilbert et Baudoin, ils ont poursuivi les recherches sur la glycémie provoquée non seulement en insistant sur la notion taux de la glycémie, mais aussi sur celle de la durée.

« Si sur une courbe on porte les glycémies en ordonnées et les temps en abscisses on dessine un triangle, le triangle d'hyper-glycémie, dont il suffit de rechercher la surface pour obtenir un chiffre qui

mesure très complètement la réaction d'hyper-glycémie puisqu'il tient compte de deux éléments : hauteur et durée. »

Chez les obèses, le triangle d'hyper-glycémie est en moyenne de 1,18, soit 7 fois supérieur au triangle normal qui est de 0,17 (on adopte la même unité 1 cm. par exemple, pour représenter 1 gr. d'hyper-glycémie et une heure de temps).

Ce qui est caractéristique chez l'obèse, c'est l'allongement du temps de descente : « mais en outre, alors que chez un sujet normal, au bout de 77 minutes toute hyper-glycémie a disparu, chez un obèse il faut plus de 3 heures pour que la glycémie ait regagné son niveau initial et jamais on n'observe d'hypoglycémie consécutive ».

Cet allongement de la période de descente est vraiment assez caractéristique. Marcel Labbé et Boulin rejettent l'hypertension et l'atteinte hépatique qui seraient susceptibles de faire monter le taux de la glycémie. Ils ont pris, en effet, des obèses sans trouble hépatique et hypotendus.

Le triangle glycémique semble plus en rapport avec l'ancienneté de l'obésité qu'avec son importance.

Parmi ces malades, certains restent des obèses, d'autres deviennent des diabétiques sans dénutrition.

Telles sont les études de Marcel Labbé et de Boulin sur la glycémie chez les obèses.

Il est facile de concevoir l'intérêt de ces recherches qui semblent montrer un terme de passage entre l'obésité et le diabète, toutes deux maladies de la nutrition.

Dans ses articles, le professeur Marcel Labbé revient encore actuellement sur les idées qu'il défendait il y a plus de vingt ans. Nous résumons un article de *La Médecine*, juillet 1928, où il envisage l'obésité et le mal de Bright :

« Le professeur Marcel Labbé a établi que la cause principale du mal de Bright consistait dans la suralimentation prolongée qui conduisait peu à peu à l'obésité puis à la sclérose rénale : les substances alimentaires en excès donnent des déchets abondants qui irritent au passage le filtre rénal et finissent, après 40 ou 50 ans, par l'altérer. Aussi n'est-ce, en général, qu'après la cinquantaine que l'on voit apparaître les premiers indices de l'altération rénale. Le premier symptôme est ordinairement l'hypertension artérielle, qui peut rester isolée pendant plusieurs années, puis apparaît une albuminurie légère et intermittente d'abord permanente et plus importante dans la suite. Si l'on fait alors la recherche de l'azotémie, on constate souvent l'existence d'un coefficient uréosécrétoire élevé, alors que la dose d'urée est encore normale. Entre les symptômes précurseurs et la constitution d'une sclérose rénale complète et menaçante, une vingtaine d'années peuvent s'écouler, le processus d'irritation par suralimentation étant le plus bénin et le plus lent de ceux qui peuvent frapper le rein.

« Une observation rapportée fournit un bon exemple de la possibilité de guérir complètement par une cure physiologique les troubles fonctionnels du rein, et de faire disparaître le tableau clinique, qui tendait à imposer le diagnostic de mal de Bright.

« Un homme vigoureux devient obèse par suralimentation; il présente une petite glycosurie qui traduit un trouble de la glyco-régulation, d'origine probablement hépatique, puis présente de l'albumine, de l'hypertension artérielle, un léger défaut d'élimination de l'urée, un peu d'essoufflement, ensemble de symptômes qui imposent l'idée d'une sclérose rénale incipiente.

« A ce moment, il est soumis à une cure d'amaigrissement par régime réduit et exercice.

« Peu à peu le syndrome rénal s'efface; la pression artérielle est retombée à la normale, l'albuminurie est disparue, l'urée sanguine est redevenue normale; la glycosurie a disparu; l'obésité n'existe plus.

« Ainsi le mal que la suralimentation avait fait, l'hypo-alimentation l'a défait. Dans les conséquences de la suralimentation, le trouble physiologique avait précédé la lésion anatomique. C'est là une notion d'importance, car elle laisse grand espoir à la thérapeutique. »

Comment Marcel Labbé et ses élèves, Boulin entre autres, conçoivent le traitement actuel de l'obésité?

Nous ne croyons pas trahir le professeur M. Labbé en reproduisant le traitement de l'obésité proposé par son élève Boulin, dans un article extrait de la *Pratique Médico-chirurgicale*, tome VI, 3<sup>e</sup> édition, paru en 1931.

Remarquons tout de suite qu'une évolution semble s'être faite dans la notion exercice au cours de la cure antiobésique. Boulin écrit en effet : « L'exercice physique est théoriquement indiqué, pratiquement il n'est pas d'un grand secours thérapeutique. »

TRAITEMENT. - I. — *Obésité par suralimentation et sédentarité.*

La base du traitement est un régime approprié. On sait qu'à l'état normal un adulte doit recevoir, pour équilibrer ses dépenses à ses recettes, 30 à 45 calories par kilogramme de poids idéal, la marge correspondant au degré d'activité.

En pratique, pour ramener un obèse à son poids normal on prescrira donc un régime comportant moins de 30 à 45 calories par kilogramme de poids

idéal; la ration sera d'autant plus faible que l'on désirera obtenir un amaigrissement plus rapide et que l'obésité sera plus importante; à la phase initiale de la cure, il sera bon d'appliquer une restriction plus sévère que dans les étapes ultérieures, l'amaigrissement étant quelquefois très difficile à déclencher chez les grands obèses.

Pour fixer les idées, si l'on veut faire maigrir rapidement et notablement un individu de 1 m. 60, on fera bien de ne pas lui octroyer plus de 900 calories, au lieu de 1.800 à 2.600 calories auxquelles il aurait droit normalement. Voici un type de régime correspondant approximativement à cette ration :

|                               |     |         |
|-------------------------------|-----|---------|
| Légumes verts et salade ..... | 600 | grammes |
| Viande maigre .....           | 100 | —       |
| Poisson maigre .....          | 100 | —       |
| Pommes de terre .....         | 100 | —       |
| Pain .....                    | 100 | —       |
| Gruyère .....                 | 30  | —       |

Les poids sont indiqués pour la journée, les aliments seront pesés crus et sans déchets; ils seront peu salés et préparés avec le minimum possible d'huile ou de beurre.

Le malade pourra boire, de préférence à distance des repas; pendant les repas on pourra lui permettre un verre d'eau rougie ou une infusion chaude; à la fin du repas, il pourra prendre une tasse de café non sucré.

Le régime précédent correspond approximativement à 15 calories par kilogramme de poids idéal; il est assez sévère, mais parfaitement supportable, à condition que la maîtresse de maison sache varier les menus; dans les obésités importantes, dans les formes rapidement progressives, ou encore lorsqu'il existe

des complications cardiaques, on n'hésitera pas à le maintenir, ou même à l'aggraver, jusqu'à l'obtention du résultat, qui est de ramener le malade au voisinage de son poids idéal. Dans les autres cas, l'on pourra se contenter de prescrire ce régime à la phase initiale, où l'amaigrissement n'est pas toujours facile à déclencher; dès qu'on le verra amorcé et progresser régulièrement d'au moins 1 à 2 kilogrammes par semaine, on pourra relever la ration modérément; sans dépasser néanmoins 20 calories par kilogramme de poids idéal. A titre documentaire :

|                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| 100 grammes de pain apportent .. | 240 calories |
| 100 — de viande apportent        | 160 —        |
| 100 — de poisson maigre ..       | 80 —         |
| 100 — de pommes de terre.        | 80 —         |
| 100 — de légumes verts ..        | 20 —         |
| 10 — de gruyère .....            | 40 —         |
| 1 œuf apporte .....              | 85 —         |

On maintiendra la restriction des graisses au minimum.

Le régime que nous venons d'exposer rapidement correspond aux cas où la suralimentation est globale; il est alors indispensable de régler très exactement le poids de chacune des catégories d'aliments : certaines femmes abusent des pâtisseries; d'autres absorbent au cours de leurs repas des tartines beurrées en abondance, d'autres en guise de boisson boivent du lait; il suffit de supprimer ces erreurs pour suspendre l'engraissement. Le type le plus fréquent de ces obésités par excès d'un seul aliment se voit chez les sujets qui abusent de pain; on voit fréquemment des malades qui absorbent chaque jour 500 grammes à un kilogramme de pain, ce qui correspond pour ce

seul aliment à une ration calorique énorme (1.000 à 2.400 calories), il suffit, en pareil cas, de supprimer le pain pour faire rapidement maigrir le malade.

Quand, d'une manière ou de l'autre, le malade sera parvenu à son poids idéal, on autorisera le retour à une ration normale; on lui conseillera néanmoins de se peser régulièrement et, au cas où le poids tendrait de nouveau à s'élever, on prescrirait une restriction légère, soit globale, soit de certains aliments (pain); on pourrait encore conseiller au malade de pratiquer chaque semaine un jour ou deux demi-journées de jeûne.

Le régime est la base du traitement. Il arrive qu'à la phase initiale, les malades ont des malaises dont ils profitent pour ne pas respecter les restrictions alimentaires; on prévendra l'entourage que la gravité en est absolument nulle, et l'on prescrira chaque jour une injection d'huile camphrée.

Il est classique de conseiller d'adjoindre au régime de restriction alimentaire : l'hydrothérapie froide, les massages, l'exercice physique.

L'exercice physique est théoriquement indiqué; pratiquement, il n'est pas d'un grand secours thérapeutique. Chez certains, l'existence de troubles cardiaques empêche de le mettre en œuvre. Chez d'autres, la cure de restriction s'accompagne, surtout à sa phase initiale, d'une sensation d'asthénie, passagère sans doute, mais indiscutable, qui les rend rebelles à l'effort musculaire. Enfin, il faut bien avouer que l'appoint qu'il apporte n'est pas très considérable, et, à condition de faire respecter le régime sévèrement, l'on peut se contenter de demander au malade une activité physique moyenne.

Par contre, même dans l'obésité par suralimentation que nous envisageons actuellement (obésité où le corps thyroïde ne semble pas en jeu, puisque le méta-

bolisme basal est normal ou légèrement élevé), la pratique montre que l'on déclenche plus facilement l'amaigrissement et qu'on accélère incontestablement sa progression, en prescrivant au malade l'extrait thyroïdien. Il est bon simplement de ne pas ordonner d'emblée des doses importantes; nous commençons par 2 centigrammes; et il est curieux de constater qu'une dose aussi minime est souvent parfaitement active; nous montons ultérieurement à 5 centigrammes, et, si la médication est bien supportée, nous atteignons 10 centigrammes; par contre, si le nombre de pulsations dépasse 90, si la malade accuse des palpitations, nous en suspendons l'administration quelques jours, puis nous le reprenons au taux de 5 centigrammes, qui nous a toujours paru bien toléré. Nous le donnons d'une manière ininterrompue, jusqu'au résultat acquis. On peut le remplacer par la thyroxine.

En raison de l'existence fréquente de modifications des règles dans le sens d'une insuffisance, il est bon d'adjoindre à l'extrait thyroïdien l'extrait ovarien, que nous prescrivons à la dose de un gramme par jour.

Enfin, l'on combine souvent aux deux extraits précédents l'extrait hypophysaire (0 gr. 25 par jour), dont l'utilité n'est évidemment pas démontrée.

II. — *Obésités endocriniennes.* — Malgré que la suralimentation ne soit pas en jeu, il sera bon de prescrire un régime de restriction, son efficacité en pareil cas étant incontestable, malgré que moins nette que dans le groupe précédent.

Dans les obésités par insuffisance thyroïdienne, on ordonnera l'extrait thyroïdien à doses progressives et variables, de 5 à 30 centigrammes, sous le contrôle de la mesure du métabolisme basal. Le résultat

acquis, le métabolisme basal redevenu normal, on suspendra l'administration de l'extrait; on mesurera de nouveau, de temps en temps, le métabolisme et, dès qu'il tendra à s'abaisser, on reprendra l'administration de l'extrait thyroïdien.

Dans les obésités hypophysaires, étant donné l'association à l'obésité d'un syndrome d'insuffisance génitale, on pourra conseiller simultanément l'extrait hypophysaire (0 gr. 25), et les extraits ovariens ou testiculaires. Les résultats sont ordinairement des plus médiocres. Contre la tumeur hypophysaire qui est en jeu, on dispose de la radiographie et d'interventions chirurgicales encore bien meurtrières.

Dans les obésités épiphysaires, on pourra conseiller également l'irradiation de la tumeur épiphysaire.

Dans les obésités surrénaliennes, on prescrira l'extrait ovarien, la radiothérapie surrénale.

Dans les obésités dites, à tort ou à raison, génitales, on donera les extraits ovariens, testiculaires.

En somme, mises à part les obésités thyroïdiennes, nous ne disposons d'aucune thérapeutique vraiment efficace à l'égard des obésités endocriniennes.

III. — *Obésités nerveuses.* — On conseillera la radiographie de la tumeur infundibulaire. On prescrira les extraits ovariens ou testiculaires, en raison de l'association habituelle d'insuffisance génitale. Là encore, nous sommes pratiquement désarmés.

En même temps que les professeurs Carnot et Marcel Labbé, le professeur Rathery s'est occupé de la question de l'obésité.

Déjà, en 1912, dans le traité de Pathologie interne de Debove, Achard et Castaigne, il avait écrit une importante monographie sur la question.

Puis, il a travaillé le traitement général de l'obésité. Dans le *Livre du Médecin*, en collaboration avec

Castaigne (diabète, la goutte et l'obésité), il a exposé les différentes méthodes de traitement de l'obésité et discuté les différents régimes qui ont été proposés.

Le professeur Rathery s'est également occupé des cures opothérapiques de l'obésité.

Voici comment, dans son exposé de titres scientifiques (1925), il résume lui-même ses travaux sur ce dernier sujet.

### *Cures opothérapiques de l'obésité.*

« L'obésité ovarienne représente souvent des types différents que nous décrivons : obésités spontanées (congénitale, puberté, nourrice, ménopause); obésités provoquées (toxi-infection, chirurgicale, insuffisance glandulaire par hyper-fonctionnement). »

Nous étudions ensuite la cure opothérapique de l'obésité ovarienne, les résultats qu'on peut attendre de cette thérapeutique peuvent être classés sous trois groupes :

a) La cure opothérapique amène à elle seule la disparition de l'obésité, ces cas sont rares. nous en citons des exemples;

b) La cure opothérapique n'agit sur l'obésité que combinée à d'autres méthodes thérapeutiques (cures associées, cures opothérapiques et cures de réduction alimentaire). Nous en rapportons différents cas, particulièrement celui d'une femme observée pendant plusieurs années; elle pesait 129 kg. 900, en cinq mois elle n'atteint plus que 78 kg., soit une baisse de 51 kg. 900.

La cure de réduction alimentaire pour produire un effet net, doit être associée à la cure d'opothérapie ovarienne; lorsque celle-ci est cessée, le poids remonte, il baisse à nouveau quand on la reprend.

Le professeur Noël Fiessinger a consacré quelques pages à la question de l'obésité dans son récent ouvrage *Physio-pathologie de syndromes endocriniens*, ouvrage paru en 1913.

Nous reproduisons ici sa conception de la question telle qu'il l'exprime dans cet ouvrage : *Physico-pathologie des syndromes endocriniens*, pages 280-281.

« J'ai eu, il y a quelques années, en 1920, la bonne fortune de publier l'observation d'une femme de 63 ans, entrée à l'hôpital Cochin, le 24 septembre 1919, pour une insuffisance cardiaque et de la bronchite. Cette femme appartenait à une famille qui prouve que l'obésité est héréditaire : sa grand'mère paternelle pesait 380 livres, et mesurait 2 m. 10; sa grand'mère maternelle était de forte taille. Son père pesait 350 livres et mesurait 1 m. 80. La mère, de taille moyenne, était pourtant assez forte.

« La malade avait toujours été grosse : à la naissance, elle pesait 11 livres, à 8 ans, elle ne peut ni courir, ni se baisser; elle est réglée à 11 ans et à 13 ans pèse 175 livres. Elle se marie à 18 ans, son fils pèse 9 livres 150 à sa naissance. Son mari pesait 400 livres. Elle est veuve à 36 ans, elle se remarie à 39 ans, avec un garde républicain de 1 m. 90, pesant 350 livres. Son fils du premier mariage, à 42 ans, pèse 210 livres et a deux filles dont l'une, à 16 ans, pèse 160 livres, l'autre, à 14 ans, est déjà très grosse. Cette femme fait sa ménopause à 43 ans, elle engraisse encore et se spécialise comme « femme colosse » dans les foires. Elle pèse 420 livres. Son tour de hanches est de 2 m. 20, son tour de poitrine de 1 m. 10; elle ne peut monter en wagon de voyageurs, doit rester dans sa petite voiture dans les trains de marchandises.

« Et cependant, cette malade était petite mangeuse. Elle ne chaussait que du 36. Elle est morte à l'hôpital

de néphrite chronique avec bruit de galop, associée à des signes de bronchite diffuse sur un fond d'emphysème.

« Curieuse vie que cette vie de grands obèses qui engraisent toujours et sans raison, sont pris d'amour pour des gens de même poids et font lignée d'obèses de même poids. »

A la suite de cette observation, M. Noël Piessinger, distingue les obésités en obésité constitutionnelle et obésité acquise.

Dans l'obésité constitutionnelle, il insiste sur l'*obésité monstrueuse* et les *obésités physiologiques*.

Il divise l'obésité acquise en occasionnelle et endocrinienne :

*Obésité occasionnelle :*

Obésité alimentaire;

Obésité professionnelle à la suite des maladies infectieuses.

*Obésités endocriniennes :*

Obésité hypophysaire;

Insuffisance génitale;

Obésités thyroïdiennes;

Obésités épiphysaires;

Obésité pancréatique (Falta);

Obésité insulinique (Rathery);

Obésités pluriglandulaires (syndrome thyro-génital de Claude et Gougerot).

Toutes ces insuffisances fonctionnelles des glandes endocriniennes peuvent se compliquer d'obésité, mais une différence oppose les obèses endocriniens et les obèses constitutionnels : les obèses endocriniens sont des malades, des anormaux de développe-

ment, tandis que les obèses constitutionnels sont des sujets bien portants.

Enfin, Noël Fiessinger signale les obésités localisées :

*Obésités localisées :*

Maladie de Dercum ou adipose douloureuse; Adénolipomatose symétrique généralisée de Launois et Bensaude (1898), est caractérisée par des engraissements qui siègent au voisinage des régions ganglionnaires d'une façon symétrique à droite et à gauche au niveau de la nuque, de la région cervicale, des aisselles et des plis inguinaux.

ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE.

1° *Les obèses qu'il ne faut pas faire maigrir :*

Obèse constitutionnel, constitution biologique que l'on n'a pas intérêt à modifier,

2° *Les obèses qu'il faut faire maigrir :*

a) Ceux qui n'ont pas d'hérédité adipeuse;

b) Ceux qui, n'ayant pas de grosses hérédités présentent trop rapidement des augmentations de poids.

On obtient une modification, soit par la marche, soit par un régime simple à établir avec des albuminoïdes et des celluloses. La restriction portera sur les lipoïdes et les hydrates de carbone, c'est-à-dire sur le beurre, le sucre et le pain.

Les malades devront être surveillés de très près, les urines devront être examinées régulièrement, car

l'albumine est possible, et leur tension artérielle est à vérifier.

Si vous prolongez le traitement, vous pourrez observer l'apparition d'eczéma, de douleurs, d'attaques de goutte, de poussées d'hypertension, d'albuminurie, de néphrites chroniques; ces complications seront d'autant plus fréquentes que vous aurez essayé de faire maigrir les obésités constitutionnelles.

Les obèses que l'on devra traiter avec des médicaments sont exceptionnels, ce seront surtout les sujets à insuffisance pluriglandulaire.

Il ne faut pas donner du corps thyroïde à tous les malades que vous voulez faire maigrir, car vous risquez de provoquer des accidents cardiaques et de la tachyarythmie, il ne faudra l'employer que chez les obèses où il existe de l'insuffisance thyroïdienne.

De même pour l'hypophyse et l'ovaire, ne les donnez que lorsque vous observerez de l'insuffisance fonctionnelle de ces organes.

Il ressort de la très intéressante lecture des conceptions de Noël Fiessinger, avant tout une notion de prudence qui consiste :

a) A ne pas s'attaquer aux obèses constitutionnels, personnalités biologiques à respecter.

b) A être très prudent dans la cure antiobésique (rechercher l'albumine, prendre la tension artérielle et manifester de la modération dans le maniement opothérapique).

Il apparaît, en outre, une note psychologique amusante : la tendance de l'obèse à s'unir à l'obèse pour faire souche d'obèses, de même que le névropathe s'unit assez souvent au névropathe.

Les relations de l'ovaire et de l'obésité ont été travaillées depuis la thèse de Ferry, nous avons vu déjà un article du professeur Rathery.

Notons que toutes les opérations dont parlait Ferry, furent pratiquées chez des femmes pubères, ayant déjà acquis un aspect morphologique différencié. En est-il de même si la castration est opérée chez des jeunes filles impubères? Apert, en 1913, répond à cette question par l'intermédiaire de Robert, dans un article du *Nouveau Traité de Médecine de Vidal* :

« Les Abyssins et les Hindous auraient toutefois également châtré des femmes pour en faire des servantes attachées aux grandes dames. Cette barbare coutume est heureusement perdue aujourd'hui. Robert a toutefois pu examiner des femmes hindoues âgées de 25 ans, castrées dans l'enfance; elles étaient grandes, fortes, musculeuses sans mamelles, avec des mamelons minuscules, sans poils au pubis, ni aux aisselles; elles n'étaient pas réglées; les grandes lèvres étaient bien sèches et flasques et l'orifice vulvaire resserré; le bassin était étroit, les fesses peu développées, les branches pubiennes très rapprochées et, par suite, le périnée très étroit et la voix grave. »

Dans le même article (1923), Apert ne voit pas de rapport entre l'obésité et l'aplasie ovarienne. L'aplasie, par contre, serait susceptible d'engendrer l'infantilisme et le mariage serait une thérapeutique possible.

En 1888, lorsque Dercum fit connaître la maladie qui porte son nom à la Société de Neurologie réunie à Washington, il l'attribuait à une intoxication thyroïdienne, puis Sicard l'avait rapportée dans certains cas à une atteinte ovarienne.

Actuellement, Marcel Labbé admet que la maladie de Dercum est une obésité banale unie à de la né-

vrite alcoolique et Guy Laroche, une obésité banale associée à de la cellulite.

### OBÉSITÉ ET MÉDICATION OVARIENNE.

Nous n'exposérons que les conceptions actuelles :

Heckel, dans son livre<sup>1</sup>, est loin d'être enthousiasmé par la médication ovarienne contre l'obésité. Il écrit :

1° « En prescrivant de l'extrait ovarien chez les femmes grasses à règles rares, on ne rétablit généralement pas les règles; on ne fait pas cesser entièrement les signes de ménopause et notamment les bouffées de chaleur, mais on fait certainement engraisser et on annule ainsi tous les sacrifices diététiques de la patiente.

2° « Au contraire, en prescrivant de l'extrait thyroïdien, on rétablit le plus souvent la fonction ovarienne et on produit un supplément de chute de poids. »

Un peu plus loin, cependant, Heckel admet l'inégalité des préparations glandulaires ovariennes.

Vignes constate les effets parfois opposés de l'opothérapie ovarienne vis-à-vis de l'obésité et tente de les expliquer dans le récent *Traité de physiologie*, de Widal et Roger : « Ce qui est probable, c'est que l'ovaire, à côté d'une sécrétion principale catabolique contient des substances correctrices, qu'elles sont antagonistes de la thyroïde, de la surrénale, du sympathique.

C'est parce que dans les produits opothérapiques,

---

1. Maigrir, pourquoi, comment, 1930.

il y a des doses de substance active et de substance correctrice variables suivant les échantillons, que ces produits ont des effets variables et souvent opposés à l'effet escompté.

Du côté laboratoire, sachons que les professeurs Roger et Binet, ont montré, en 1922, que le poumon a une action lypolytique sur le sang.

De plus, Roger a montré qu'un extrait pulmonaire mis en présence de graisses les détruit. « Il y aurait donc une sorte de ferment », qui ajouterait une action catalysante aux échanges oxygène-sang dans le poumon.

C'est en se basant sur ces expériences que certains auteurs ont voulu obtenir l'amaigrissement en accentuant le travail de ventilation pulmonaire dans le but d'augmenter la lypolyse.

Parmi « les officiels », nous citerons encore le livre de Ramond et Oulmont, paru en 1907 : *l'Obésité* (symptomatologie et étiologie, anatomie et physiologie pathologique, traitement).

Dans cet ouvrage d'un point de vue clinique, Oulmont et Ramond opposent l'obèse pléthorique à l'obèse anémique.

L'obèse pléthorique ou floride a le visage coloré, l'appétit est excellent, la digestion le plus souvent parfaite, la constipation est exceptionnelle, la force musculaire est intacte et l'intelligence normalement développée.

L'obèse anémique, au contraire, a le visage pâle, bouffi; parfois cyanosé ou couperosé, l'appétit est médiocre, la dyspnée et la constipation sont fréquentes. Le malade est mou, apathique, d'intelligence parfois paresseuse.

A ces types cliniques correspondent des particularités biologiques.

Les urines de l'obèse pléthorique renferment toujours une quantité normale ou exagérée d'urée, enfin il n'y a pas de rétention chlorurée.

Quant à l'obèse anémique, au contraire, il est hypo-azoturique et il existe souvent des troubles de l'élimination des chlorures.

Oulmont et Ramond étudient en outre la marche de la propagation graisseuse et disent : « En somme, l'infiltration s'effectue d'abord dans les régions normalement les plus riches en graisses pour envahir ensuite les autres parties du corps; elle obéit à la loi qu'Hensinger a formulée pour l'homme normal. » La quantité de graisse sous-cutanée est en raison inverse de la pigmentation cutanée.

L'adipose est donc nulle au niveau de la verge, scrotum, paupières.

« Peut-être est-ce pour des raisons analogues que les gros se rencontrent de préférence parmi les individus blonds et à peau rosée. »

Oulmont et Ramond font des remarques intéressantes sur les rapports de l'obésité et du psychisme. « Chez une de nos malades sujette à des crises d'engraissement exagéré, les phénomènes débutaient par l'apparition de la phobie de l'espace. »

M. Sainton s'est beaucoup occupé d'endocrinologie et a donné de nombreux articles ayant trait à l'obésité.

D'un long article de *la Semaine des Hôpitaux* de Paris (avril 1929), nous extrayons ce passage où M. Sainton pose la question de la peau glande adipeuse.

« La peau n'est-elle point elle-même une glande adipeuse? Cette théorie n'est pas nouvelle, puisqu'elle a déjà été soutenue par Milne Edwards; elle est analogue à celle qui attribue à la peau une fonction pigmentaire propre. Elle a été à nouveau évoquée

par Menetnei et Henri Bénard, à propos de l'adénolipomatose. »

Ces auteurs se demandent si, dans certaines circonstances, le système adipeux ne serait point capable de révéler son individualité, comme sous l'influence du processus leucémique, les systèmes lymphoïdes et myéloïdes révèlent la leur. Il y a des cas dans lesquels ce système paraît atteint dans sa totalité, où les qualités de la sécrétion paraissent modifiées; on rencontre quelquefois des malades obèses chez lesquels la peau a une épaisseur particulière, formant une sorte d'enveloppe imperméable et restant froide, quelle que soit la température extérieure comme si la lipase y était à un état spécial.

En dehors des « officiels », d'autres médecins spécialisés ou non dans les maladies de la nutrition, se sont occupés du problème de l'obésité.

Burnier, dans sa thèse, en 1922, sous la direction d'Aubertin, a étudié la tension des obèses hospitalisés à l'hôpital de Brevannes.

1° Chez les obèses confinés au lit, la tension artérielle est constamment élevée au Pachon moyenne des systoliques 22,8, les diastoliques 9,8.

2° Parmi les obèses demi-valides, la proportion d'hypertendus est très forte (deux fois seulement les tensions furent normales sur dix-huit cas).

3° Parmi les obèses valides, la tension est en général moins élevée (moyenne de tensions systoliques Pachon 18,8, diastoliques 9,5).

Cette coïncidence si fréquente de l'hypertension chez les obèses d'hôpital ne se rencontre pas chez les malades de ville. Chez ces derniers en effet, suivant la statistique du D<sup>r</sup> Aubertin, les tensions normales s'observent dans 63,6 % des cas, alors que chez

les malades hospitalisés elles ne se rencontrent que dans 10 % des cas.

En recherchant les rapports qui existent entre l'intensité de l'obésité et le degré d'hypertension, Coursier a constaté que plus l'indice d'obésité est élevé, plus l'hypertension est constante.

La longue spécialisation de M. Heckel, ses nombreuses fiches d'observations (plus de 16.000 en 1925), les nombreux articles et publications qu'il a fait paraître ne sont pas sans donner du poids à ses conceptions.

Nous allons essayer d'indiquer quel est son apport en puisant dans les publications qui nous paraissent les plus caractéristiques.

Il y a une grande différence entre les définitions rationnelles propres aux sciences exactes et les définitions qui se rapportent aux sciences d'observation. Les premières sont parfaites du premier coup, définitives, immuables, l'esprit les produisant librement y met ce qu'il veut et sait ce qu'il met; il en est tout autrement des secondes qui sont forcément empiriques; elles ont pour objet de faire connaître la nature des êtres réels, elle n'ont qu'une valeur relative et se perfectionnent avec les sciences, elles sont progressives et donc provisoires.

L'obésité étant complexe de pathogénie discutée accompagnée parfois de tout un cortège de maladies et suivie de complications, il sera difficile de trouver une définition qui indique toute cette complexité.

On a donné beaucoup de définitions de l'obésité.

Celle de Mouriquand est souvent adoptée, souvent citée; pour Mouriquand « l'obésité est le résultat d'un trouble du métabolisme des corps gras caractérisé par une aptitude spéciale de l'organisme à retenir les graisses alimentaires et à transformer en graisse les autres aliments (notamment les hydrates

de carbone), ce trouble est l'exagération d'un processus normal. »

Cette définition est surtout pathogénique, elle n'englobe pas tout le cortège de l'obésité, complications entre autres, elle tient peu compte du facteur clinique.

Celle d'Heckel a pour nous le mérite d'englober ou de tenter d'englober l'obésité sous son angle à la fois pathogénique, étiologique et clinique. En effet, pour Heckel : « les obésités sont des syndromes à extension progressive due aux altérations des fonctions adiporégulatrices du système nerveux produites par les intoxications endogènes ou exogènes, syndrome caractérisé :

« 1° Par la surcharge et parfois la dégénérescence du tissu adipeux;

« 2° Par un ensemble de troubles fonctionnels (musculaires, nerveux, digestifs, rénaux et cardiovasculaires). »

D'un point de vue clinique, Heckel a essayé de préciser l'importance de l'obésité au moyen de mesures avec le mètre souple. Il mesure en des points déterminés : mesure circulaire du cou à la partie moyenne (37 cm. chez l'homme, 30 chez la femme).

Mesures thoraciques (au-dessus, au niveau et au-dessous du mamelon). La première mesure donne 89 cm. chez l'homme, 78 cm. chez la femme.

Mesures abdominales horizontales au niveau de l'ombilic (78 à 80 cm.).

Mesures du bassin.

Heckel distingue quatre grandes périodes dans l'évolution de l'obésité.

*Première période* : de préparation et d'imminence morbide. Engraissement, obésité symptôme.

*Deuxième période* : d'installation, embonpoint accentué, obésité syndrome.

*Troisième période* : lésionnaire, obésité maladie.

*Quatrième période* : de cachexie adipogène.

Se fondant sur la localisation de la graisse, Heckel établit des formes à pronostic différent.

Le pronostic de l'infiltration diffuse sous-cutanée est meilleur que celui d'une surcharge abdominale intrathoracique.

Une obésité intra-thoracique et intra-abdominale légère peut-être accompagnée de troubles graves intra-organiques.

Les obésités localisées à l'abdomen sont l'indice d'un trouble fonctionnel du tube digestif.

Les obésités pléthoriques avec hypertension portale et infiltration des membres, de l'abdomen et du thorax mènent toujours à l'artériosclérose de très bonne heure.

L'obésité localisée à l'abdomen et accompagnée de ptoses chez la femme est susceptible d'évoluer pendant longtemps sans complications graves.

L'obésité sous-ombilicale de la cinquantaine doit faire soupçonner la néphrite chronique urémigène lorsqu'elle s'accompagne de dyspnée, de pâleur de la face, etc...

**Au point de vue diagnostic :**

L'obèse sera examiné nu et surtout de profil, le profil est le meilleur moyen pour décèler une obésité débutante.

On appréciera l'épaisseur du pli cutané qui ne doit pas dépasser quelques millimètres.

Et surtout, on usera de pesées fréquentes.

Au point de vue thérapeutique, Heckel, dès 1914, dans *le Journal Médical Français*, expose ses idées sur le traitement de l'obésité. Nous les résumons ici.

Aux deux rôles reconnus des aliments :

1° Apport de matière (pour construire ou remplacer les protoplasma);

2° Apport de matériel énergétique pour les échanges métaboliques, pour les nécessités vitales.

Heckel ajoute un troisième rôle considérable, l'action dynamogénique excito réflexe. « En dehors de son apport matériel énergétique somme de ses composants en H. C. Az., etc..., qu'on peut mesurer en calories, chaque aliment est susceptible par ses qualités organoleptiques, par son mode de préparation et son association avec d'autres aliments de produire sur l'appareil nerveux une excitation sensitive et sensorielle qui retentit dans le domaine moteur et sécrétoire de l'appareil digestif d'abord et des autres appareils ensuite.

« Dans ce rôle dynamogénique excito réflexe, il y a toujours une participation psychique, car notre mémoire sait retrouver les souvenirs des images sensorielles, olfactives, gustatives, tactiles, qui ont pris naissance dans nos expériences gastronomiques antérieures. »

C'est pourquoi Heckel évite les régimes tristes. « Aussi faut-il utiliser une cuisine agréable, variée et très soignée. Si vous prescrivez des œufs, rien n'empêche qu'ils soient brouillés aux truffes ou aux champignons. Il est inutile qu'une sole soit desséchée ou bouillie, elle peut être agrémentée. Les légumes verts au jus de poulet sont aussi agréables qu'au beurre.

« Un peu de lait peut être utilisé dans les sauces

que je permets et qui ne sont point redoutables quand elles ne sont prises en grande quantité avec le pain. »

**Donc régime mixte modérément restreint.**

Heckel, à moins de conditions exceptionnelles et passagères, est adversaire déclaré du régime végétarien.

L'albumine est la constituante essentielle des cellules.

Elle donne le tonus nécessaire à la vie.

Les végétariens sont atones, sans énergie vitale, ils sont impropres à la conception et à la production fertile.

L'athlète a tendance à la nourriture azotée, même s'il s'en défend, cette nourriture est réelle.

L'albumine végétale ne vaut pas l'albumine animale.

Bien qu'il n'adopte pas dans toute son intégrité la doctrine morphologique de Claude Sigaud, Heckel voit cependant la possibilité de prédominance fonctionnelle et traite différemment les malades suivant leur prédominance.

L'obèse à type digestif qui tire son excitation fonctionnelle de son tube digestif doit être nourri, d'où régime différent pour les obèses :

a) Gros mangeurs.

b) Petits mangeurs.

A) *Gros mangeur*. — Beaucoup de masse alimentaire : deux repas quotidiens comme suit :

1° Hors-d'œuvre végétaux en vinaigrette : tomates, céleris, concombres, salades, radis : 100 grammes ;

2° Un œuf préparé *ad libitum* ;

3° Une viande ou poisson avec sauce ou sans sauce (toutes préparations permises), dont le poids, l'ali-

ment étant cuit, représente, en grammes le même nombre que celui du poids du malade (soit 80 grammes pour un homme de 80 kilos);

4° Un légume vert à discrétion comme quantité et préparé au jus de viande dégraissé;

5° Des fruits crus ou cuits à discrétion (pas de fruits secs).

Peu d'exercice au début.

B) *Petit mangeur*. — A chacun des repas comme ci-dessus :

1° Une viande;

2° Un légume vert;

3° Fruits.

Peu d'exercice au début.

Heckel différencie encore les petits obèses des gros obèses.

C) *Petit obèse*. — A chacun des deux repas :

1° Un œuf ou 50 grammes de poisson;

2° Une viande (même règle que plus haut);

3° Un légume vert ou féculent (dans ce cas limité à 100 grammes);

4° Des fruits.

Beaucoup d'exercice dès le début avec hydrothérapie chaude ou froide, suivant les cas.

D) *Grand obèse*. — Premier jour : purge et diète hydrique; deuxième jour : purge et diète végétarienne.

Ensuite, à chacun des deux repas :

1° Hors-d'œuvre végétaux;

2° Œuf ou poisson;

3° Viande;

4° Légumes verts une fois par jour alterner avec pommes de terre non frites (120 grammes);

5° Fruits, café et un verre à bordeaux de Bordeaux.

Peu d'exercice au début.

Telles sont les conceptions thérapeutiques que M. Heckel exprimait en 1914 dans le *Journal Médical Français*.

En 1925, dans la *Collection des Travaux de Pathologie Comparée*, M. Heckel, sous le titre de « Ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire pour maigrir », a fait une forte critique de la thérapeutique traditionnelle. Dans cet ouvrage, il étudie les régimes par la méthode barygraphique, et au moyen de courbes, il montre l'action insoupçonnée de certains aliments :

« L'étude des courbes barygraphiques permet de résoudre, dans la cure de l'obésité, quelques points de diététique jusqu'ici inexplicables.

« Comment une minime infraction, telle que l'absorption intempestive et unique d'une coupe de champagne ou d'une petite quantité d'un vin très agréable ou fortement excitant (porto), ou d'un mets de haut goût (foie gras, confit d'oie, cassoulet, bouillabaisse), peut-elle se traduire dès le lendemain par une prise de poids considérable, eu égard à la valeur calorique de l'infraction?

« Dans ce cas, c'est vraiment l'excitation fonctionnelle digestive qui accroît l'assimilation sur tout le reste des aliments constituant le repas, et qui se perpétue pendant plusieurs repas consécutifs, jusqu'à ce qu'enfin le calme réapparaisse.

« Comme conclusion thérapeutique, je recommande à mes patients, lorsqu'ils ont fait une infraction et qu'ils veulent éviter de la payer trop cher en reprise de poids, d'absorber un sédatif glandulaire (bella-

done, bromure) qui remet, en effet, les choses en ordre. »

Egalement, par l'emploi du contrôle barygraphique, Heckel montre l'action néfaste sur la cure d'obésité de certains procédés physiothérapiques et de l'oxygénéothérapie.

Il insiste sur l'influence du repos comme moyen systématique de traitement dans l'obésité, associé, bien entendu, à l'emploi d'un des régimes restreints en graisse, hydrocarbonate et alcool.

L'indication de l'exercice n'apparaît qu'à la fin de la période d'amaigrissement, et encore ne doit-il pas être lent et modéré, car, dans ce cas, il est engraisant comme le montre le contrôle barygraphique.

Il doit aller jusqu'à la fatigue, non jusqu'au surmenage.

Heckel fait en outre, dans cet ouvrage, une critique très vive de la gymnastique électrique passive (méthode Bergonié) et du massage, qui fait toujours engraisser les gras et les obèses.

Par contre, il préconise l'action heureuse de la thyroïdine à forte dose (18 à 20 grammes).

Heckel a encore fait paraître, en 1930, un ouvrage : *Maigrir, Pourquoi, Comment?* où il résume toute son expérience clinique et thérapeutique et où il réserve un long chapitre sur les modalités de l'escroquerie à l'obésité.

Enfin, en 1931, il écrit dans le *Journal Médical Français* un long article, où il expose une phase pré-adipeuse et où il donne d'intéressantes conceptions pathogéniques.

Nous résumons cet article intitulé : « Quelques aperçus sur la nature et la signification des syndromes lipogènes et de l'obésité<sup>1</sup>. »

---

1. Journal médical français, 1931.

La définition de l'obésité : hypertrophie du tissu adipeux ne traduit qu'un état symptomatique d'un trouble fonctionnel complexe.

Cette définition a le défaut de n'englober ni toutes les étapes par où passe le malade, ni tous les éléments pathogéniques auxquels sont dus l'obésité.

Heckel, dans le passé des obèses évolutifs, insiste beaucoup sur la phase préadipeuse.

L'obésité est un carrefour « où viennent aboutir bien des évolutions morbides, étiologiquement et pathogéniquement distinctes; ces états ne sont que des états lipogènes ».

La phase préadipeuse, qui ne doit pas être confondue avec l'obésité infantile, se voit rarement dans l'enfance, mais dans l'adolescence, surtout aux abords de la puberté, l'accompagnant ou la précédant.

Elle survient chez les enfants à terrain particulier (j'emploie cette expression terrain pour schématiser, bien qu'elle ne soit pas utilisée par Heckel), qu'on pourrait classer en lymphatiques, anémiques, chlorotiques, édénodiens, ganglionnaires soumis à des affections gutturales (angines amygdalites), enfants qui présentent du livédo de la kératose pileaire.

D'autres « montrent quelques signes de cette pathologie *syndromatique si spéciale des extrémités* : acrocyanose, érythromélgie, érythème ioduré... », qui, pour Heckel, seraient souvent des altérations locales primitives créées par des modifications vasculo-lacunaires avec cédulite, plutôt que des états secondaires à des troubles sympathiques et endocriniens primitifs.

Comment évolue cette phase préadipeuse?

Le début se fait à la racine des membres triangle de scarpa, face interne du genou, creux poplité pour le membre inférieur.

Le membre supérieur est atteint en second lieu par

l'aisselle, la zone postérieure du bras le long du tri-  
ceps; puis le coude est atteint antérieurement et pos-  
térieurement; cependant, au début, les grosses jambes  
frappent plus que les gros bras.

Si l'on ne prête attention à ces modifications, de  
nouvelles modifications apparaissent aux environs de  
la vingtième année.

Aux membres inférieurs, on voit s'épaissir les mal-  
léoles externes, puis internes, le dos du pied, la région  
sus-rotulienne, la face externe de la région de la  
hanche (pont adipeux transversal joignant le pli fes-  
sier au pli de l'aîne).

Aux membres supérieurs, l'aisselle est d'abord  
comblée, puis l'expansion se fait en avant vers le  
grand pectoral, en arrière vers le tendon huméral du  
grand dorsal.

La face, le cou, les épaules ne sont atteints que vers  
la vingt-cinquième année (infiltration de la région  
sus-mentale, sus-thyroïdienne, sus-claviculaire, les  
salières se comblerent).

A la face postérieure, au niveau de la septième  
cervicale, apparaît la disgracieuse « bosse de bison ».  
Puis « l'envahissement s'accroît en surface et en  
profondeur, et de 25 à 30 ans, les caractéristiques de  
la véritable obésité sont établies :

« Epaississement considérable et surcharge grais-  
seuse sous-cutanée qui devient alors évidente et incont-  
estable. »

En résumé : infiltration qui débute par la racine des  
membres, qui se fait de préférence le long de la face  
interne qui irradie au tronc autour du centre axillaire,  
et frappe en premier lieu les parties déclives.

Le processus adipogène semble en un mot obéir  
aux lois de la déclivité.

Au point de vue pathogénique, Heckel admet que

le processus est avant d'être adipeux liquide; ce qui le prouve, c'est la variation du pli cutané qui augmente quand les urines diminuent, et le poids augmente.

Heckel insiste sur le rôle pathogénique considérable du système lymphatico-endothélial sous-cutané, et le système conjonctif qui le relie.

Il y a balancement entre le système lymphatico-endothélial et le système conjonctif. Le système conjonctif est très susceptible de métaplasie, métaplasie graisseuse en particulier. Une irritation du système lymphatico-endothélial retentira sur le tissu conjonctif et sera susceptible de le transformer en tissu graisseux.

La phase clinique préadipeuse, qui débute aux zones de groupements ganglionnaires et qui suit les grands troncs lymphatiques, est la preuve du rôle de ce système lymphatico-endothélial et conjonctif dans la genèse de l'obésité.

Cet ensemble lymphatico-endothélial, dont l'importance est considérable et auquel Heckel donne le nom de glande vasculo-épithéliale diffuse, n'obéit pas seulement à la loi physique de l'osmose, mais à des lois complexes biologiques qui lui sont propres.

Somme toute, une obésité débutante ne dépendrait pas « d'autre chose que de réaction tissulaire fort simple ».

Mais quelles sont les causes sous lesquelles sont susceptibles de se manifester les premières atteintes du système lymphatique et les altérations du tissu conjonctif dans lequel il plonge?

Toutes les infections, toutes les intoxications exogènes et endogènes.

*Infections :* a) Les infections aiguës : angines, amygdalites, adénoïdites, fièvres éruptives à porte d'entrée gutturale, scarlatine diphtérique, etc..., mais aussi les

infections de l'appareil adénoïdien intestinal : appendicites, peyerites éberthiennes, colibacillaires paratyphiques;

b) Les infections chroniques, les porteurs de germes, les tuberculeux non évolutifs et fibreux.

Chez la femme, infection génitale profonde touchant dès le début les voies lymphatiques et le tissu conjonctif intersticiel du petit bassin.

*Intoxications* : a) Exogène (suralimentation, alcool, opium, morphine, cocaïne);

b) Endogène (goutteux, diabétiques, obèses, rhumatisants, lithiasiques, urémies atténuées, chlorurémie larvée, etc...), hépatisme, cholémie, hypertension portale. Il est donc bon de tenir compte de l'oligurie relative de l'opsiurie.

Enfin, la fatigue physique ou celle qui suit le surmenage nerveux émotif.

Telles sont les conceptions d'Heckel sur l'obésité.

M. Jacques Sédillot, dans un livre paru en 1931 : *L'Arthritisme, ses misères, ses dangers, son traitement*, envisage le problème de l'obésité sous l'angle arthritisme, et comme il le fait toujours dans ses différents ouvrages sur l'arthritisme, il donne au foie un rôle considérable et envisage un traitement hépatique.

Nous donnons ici l'essentiel du mode de traitement de Jacques Sédillot.

*L'arthritisme, ses misères, ses dangers, son traitement*  
par Jacques Sédillot

Pour Sédillot, l'obèse se présente de deux façons différentes :

a) Parce qu'il est touché dans sa coquetterie;

b) Pour un trouble de la diathèse arthritique

(asthme, goutte, eczéma ou migraine). Ce sujet ne pourra être guéri que si on obtient un amaigrissement de plusieurs kilos.

Les directives du traitement *seront les mêmes pour toutes les obésités*. De l'une à l'autre, il n'y aura qu'une question de degré.

D'une part, on traitera l'arthritisme par la cure de désintoxication hépatique.

D'autre part, différentes mesures seront prises contre l'obésité.

a) Rationnement systématique des aliments d'engraissement (farines, légumes secs, pâtes, sucre, beurre);

b) Réduction à la moitié ou au tiers de la ration habituelle de pain;

c) Repas secs, pas de boissons pendant les repas. Le malade peut boire avant, après, entre les repas;

d) Exercice quotidien : une heure et demie de marche.

*Quand l'obésité est accentuée :*

— Suppression du pain;

— Le malade trompe sa faim en mangeant des pommes de terre cuites à la vapeur, et il commence chacun de ses repas par un plat copieux de légumes herbacés, foliacés ou de faible valeur nutritive.

*Quand l'obèse est en même temps un infiltré* (petit œdème de la peau au niveau des jambes), on commence la cure par :

— Une purge d'eau-de-vie allemande;

— Puis trois jours de diète hydrique avec réduction des liquides à 1.500-1.300-1.100, macérations diurétiques de feuilles de digitale et théoxanthine;

— Perte de poids (perte d'eau) de 3 à 7 kgs;

— Dès que le foie est revenu à un régime normal,

à un fonctionnement satisfaisant, l'obèse ne fait plus de graisse, mais encore brûle ses graisses de réserve;

— Dès que asthme, ou eczéma, ou migraine ont disparu, on cesse la cure d'amaigrissement. C'est le poids de bonne santé.

Sédillot, à la suite de Charles Fiessinger, insiste sur les dangers de pousser trop loin la cure d'amaigrissement; elle doit s'arrêter quand seront dissipés les troubles divers que provoquait l'embonpoint.

« Surtout, ne pas imposer au malade un chiffre de poids commandé par la hauteur de la taille.

« L'obésité est une réaction de défense contre l'intoxication. Il peut devenir dangereux de descendre au-dessous d'un certain chiffre de poids. Chaque forme d'intoxication réclame une quantité de graisse correspondante; la lui refuser par une cure d'amaigrissement excessive est ouvrir la porte à l'invasion des troubles. C'est la disparition des accidents (dyspnée d'effort, tachycardie, crises angineuses) qui décide l'arrêt de la cure. »

Citons encore l'intéressant ouvrage de M. Leray, médecin à Brides-les-Bains, paru en 1931 : *J. Leray : Embonpoint et Obésité*, Masson, éditeur, 1931.

— Après les premières observations de Gull, de Bouchard, de Bonneville de Parhon, les rapports de l'obésité et du corps thyroïde ont continué d'être travaillés par des expériences de laboratoire et par le contrôle du métabolisme de base.

Dans le *Traité de physiologie*, de Roger et Binet, dans l'article consacré par MM. Garnier et Huguenin à la thyroïde, nous lisons :

« Fait constant encore, le poids augmente chez le lapin thyroïdectomisé; Hertoghe a constaté l'accroissement anormal du tissu adipeux chez un taureau privé de thyroïde. Dans l'hypothyroïdie, en effet, la prolifération des cellules adipeuses est augmentée,

l'accumulation des graisses dépend d'un double phénomène : la consommation en est réduite par la diminution des oxydations, et le pouvoir lipasique du sérum est abaissé. Expérience inverse, l'ingestion de thyroïde donne des phénomènes diamétralement opposés.

« D'ailleurs, expérimentalement, le parenchyme glandulaire est capable de dédoubler énergiquement les graisses et particulièrement la monobutyryne, cette activité est surtout manifeste chez les carnivores. »

MM. Claude Gautier et Rémi Wolf apprécient le rôle du métabolisme de base vis-à-vis de l'obésité.

« C'est ainsi que, dans une statistique portant sur 94 cas d'obésité, Boothby et Sandiferd ont constaté son élévation au-dessus de 10 % dans 9 % seulement des cas, et son abaissement au-dessus de 10 % dans 10 % des cas. Chez tous les autres, soit dans 81 % des cas, le métabolisme oscillait dans les limites de la normale.

« Marcel Labbé et Stévenin ont fait des constatations analogues chez 46 obèses; ils ont constaté que le métabolisme était normal 27 fois (soit dans 58 % des cas); il s'agissait de gros mangeurs sédentaires curables par un régime de restriction alimentaire et par l'exercice physique. Le métabolisme était augmenté 6 fois seulement (13,4 % des cas). Il s'agissait 2 fois de basedowiens et 4 fois de suralimentés. Enfin, 13 fois (28 %), le métabolisme était diminué. Il s'agissait soit de myxœdémateux typiques ou frustes, soit d'obèses infantiles avec atrophie des organes génitaux, soit enfin de sujets sans lésions avérées des glandes endocrines. Le point important est que tous les obèses à métabolisme diminué, et ceux-là seulement, furent améliorés par le traitement thyroïdien. »

M. Kermorgant, médecin à Brides-les-Bains, a fait

également d'intéressantes études sur le métabolisme basal et l'obésité (métabolisme basal et obésité). *Presse Médicale*, 29 août 1932.

Alors que pour M. Labbé et les auteurs américains, le métabolisme basal est souvent normal chez les obèses, Kermorgant arrive à une autre conclusion : sur 265 métabolismes étudiés chez les obèses des deux sexes, il trouve 59 métabolismes normaux, 19 au-dessus de la normale, 187 métabolismes abaissés au-dessous de 12 %. Il explique cette divergence en insistant sur le contingent important d'hypoovariennes, observées à Brides à cause du voisinage de Salins-Moutiers; beaucoup de femmes venant pour les deux cures simultanées.

Voilà comment M. Vignes résume, dans un article, les considérations thérapeutiques de Kermorgant.

« Comme test des extraits ovariens la possibilité pour un extrait, de remonter le métabolisme d'une quantité donnée. Je reste, pourtant, un peu étonné du grand nombre de femmes auxquelles Kermorgant croit pouvoir appliquer cette explication.

Quoiqu'il en soit, Kermorgant attache une très grande importance à la recherche du métabolisme basal.

1° Un métabolisme normal contre-indique l'emploi des préparations thyroïdiennes.

2° Un métabolisme basal au-dessus de la normale se voit chez trois espèces de sujets : a) les gros mangeurs qui ont un apport de calories supérieur à la normale; b) certaines ovariennes présentant une réaction d'hyperthyroïdisme se traduisant par cette exagération du métabolisme; c) les sujets dont le métabolisme est instable.

Dans le premier cas, la réduction alimentaire ne suffit pas toujours; dans le second et le troisième, elle

est, pour la plupart du temps, inopérante; l'hémato-éthyrôidine ou la thyroïdectine sont les médications de choix. Bien surveillées, convenablement dosées, données avec prudence, elles permettent de gagner du temps et de supprimer bien des complications de cure et de mettre en action le traitement étiologique de l'obésité, variant d'ailleurs avec chaque cas clinique.

3° L'abaissement du métabolisme fait, en général, classer le sujet comme hypothyroïdien et entraîne comme corollaire l'administration de corps thyroïde. Kermorgant s'élève contre cette pratique. L'abaissement du métabolisme s'observe : a) chez les ovariens; b) chez les malades atteints de troubles digestifs avec insuffisance de glandes digestives (foie, pancréas, intestin). Mais ces deux causes peuvent se trouver réunies chez un même sujet et, si l'on peut observer des hypo-ovariennes avec obésité et troubles hépatiques secondaires, l'inverse peut également être vrai, et ce sont ces malades qui tirent le plus grand parti de la cure de Brides pour les hépatiques, et de la cure associée de Brides et de Salins pour les ovariennes. L'abaissement du métabolisme n'indique qu'une seule chose : c'est que le sujet supportera l'administration de corps thyroïde si la clinique montre la nécessité de lui en donner.

Par ailleurs, le métabolisme ne doit pas être considéré comme immuable; il peut varier spontanément. De ces modifications spontanées, les unes sont le résultat d'une lente évolution du sujet, les autres sont le fait d'une certaine instabilité. On observe ces instabilités surtout chez la femme, du fait des troubles ovariens, soit au moment des règles, soit à la ménopause. Kermorgant a observé des exemples frappants de cyclisme et de rythme chez des malades présentant des phases alternées de métabolisme exagéré et dimi-

nué en rapport avec leurs périodes menstruelles. Ce ne sont pas les sujets les plus faciles à traiter. Il faut préciser ces phases d'alternances et toujours y songer en présence d'un métabolisme exagéré.

Récemment, puisque l'étude en a été poussée dans la thèse de Faymann (1932), sous la direction du Prof. Rathery, on a étudié les rapports entre le pancréas et l'obésité, et surtout les rapports entre la sécrétion interne du pancréas, l'insuline et l'obésité (obésité insuliniennne).

Nous utilisons, pour l'étude de l'obésité insuliniennne, la thèse de Faymann : *Obésité insuliniennne*, faite sous la direction du Prof. Rathery.

Allen, en 1923, attira l'attention sur l'obésité insuliniennne; Falta, en 1925, publia cinq cas d'obésité insuliniennne. En 1929, S.-A. Holboell fait une étude de 105 diabétiques, du point de vue de l'influence du traitement insulinienn prolongé sur le poids du corps, en insistant sur l'obésité; Borwen, en 1930, remarque que, sans le traitement insulinienn, les diabétiques ont la tendance à dépasser leur poids moyen dans des cas non compliqués, et qu'ils deviennent facilement obèses. En 1931, le Prof. Rathery publie une étude à l'occasion de six cas observés.

En 1932, Faymann fait sa thèse sous la direction de M. Rathery. Il résulte de cette étude qu'il existe une obésité insuliniennne. Les caractéristiques de cette obésité sont les suivantes :

Elle s'observe chez certains diabétiques traités longtemps par de fortes doses d'insuline.

Elle se voit surtout chez des jeunes filles avec points d'élection à la face, à la région lombo-abdominale.

Cette obésité n'est pas due aux excès alimentaires du sujet, ni aux troubles de la sécrétion interne des glandes génitales.

Citons encore la thèse récente de Davidovici (1933) :

### *Obésité et gestation.*

Il ressort de cette thèse que :

- L'association de l'obésité et de la gestation, sans être très fréquente, n'est pourtant pas exceptionnelle;
- Parmi les obèses, les mieux réglées sont les plus facilement fécondées;
- L'obésité rend difficile le toucher obstétrical;
- L'accouchement est, toutes choses égales, plus souvent dystocique que chez les femmes non obèses;
- Des hémorragies importantes apparaissent souvent après l'accouchement;
- Les enfants ont un poids supérieur au poids normal.

Comme nous l'avons fait pour le xix<sup>e</sup> siècle, nous allons étudier ici l'appoint que les littérateurs ont apporté à l'étude de l'obésité au cours du xx<sup>e</sup> siècle.

Paul Reboux a réussi la gageure d'écrire un traité : *Nouveaux régimes*, aux trois cents recettes conformes aux règles médicales... mais combinées selon la gastronomie (1931).

Dans la bonne tradition de Brillat-Savarin, il a tracé de l'obèse un portrait spirituel que nous retraçons ici, et il a donné toute une série de règles et de menus si habilement conçus que, pour maigrir, il ne devrait plus y avoir « de martyr de l'obèse ».

Voici comment Paul Reboux dépeint l'obèse :

*Je suis trop gros! (Obésité)*

Esthétique et confort.

C'est surtout à vous, monsieur, que je m'adresse.

Car vous avez eu moins de coquetterie que les femmes.

Vous n'avez pas pris garde que « grossir c'est vieillir ».

Vous vous êtes laissé aller aux délices des siestes après les repas, ou du moins des longues causeries dans un fauteuil moelleux, du petit verre d'alcool, suivi d'un autre, puis d'un troisième...

D'abord, il n'en est résulté que des inconvénients bénins. Vous en avez souri avec complaisance.

Gringalet durant votre jeunesse, il vous paraissait flatteur d'être devenu grassouillet. Les dames vous disaient : « Vrai ! Tu as de la poitrine presque comme une femme. » Et vous considériez non sans complaisance, votre peau lisse et bien tendue où les veines dessinaient d'agréables méandres aux teintes tendres et laiteuses.

Vous étiez orgueilleux d'avoir une bonne fourchette. Les maîtresses de maison vous recevaient avec joie, car vous vous serviez des portions copieuses. Et vous étiez celui qui reprend toujours d'un plat. Vous ne refusiez jamais ni un dessert, ni dans l'intervalle des repas, un gâteau ou un bonbon. Et vous aviez acquis, par cette inépuisable complaisance, une renommée de parfaite urbanité.

Mais un peu d'inquiétude vous est venue en constatant que votre armoire contenait un nombre un peu trop grand de gilets qui n'enfermaient plus votre poitrine, de pantalons qui ne parvenaient pas à se rejoindre, de manches qu'un sortilège semblait raccourcir, et de pantalons dont les jambes rétrécies vous donnaient, à trente-cinq ans, la silhouette d'un collégien qui s'est développé trop vite...

Vous vous développiez, mais en largeur. Et le tailleur, d'un ton respectueux, vous a fait observer : « Les anciennes mesures ne sont plus justes. Monsieur est devenu beaucoup plus fort depuis quelque temps. »

Ce terme de « fort » — si atténué et si flatteur qu'il fût — vous a fait réfléchir.

Et voilà que le mal est fait.

Vous ne pouvez plus monter un étage sans souffler comme une auto d'ancien modèle. Le moindre effort fait naître sur votre front des perles que vous ne cultivez pas mais qui, pourtant, vous décorent d'humides arabesques sans cesse renaissantes en dépit du mouchoir. Vous avez vu vos chevilles devenir pareilles à des poteaux et vos pectoraux ressembler à l'abondante poitrine de la dame qui vous fût nourricière. Vos hanches évoquent les ballots de laine qu'on décharge des cargos arrivant d'Australie. Votre ventre semble célébrer le centenaire de Montgolfier. Mais, loin de vous soulever, comme il est pesant!

Vous avez constaté aussi des somnolences consécutives à chacun de vos repas. Vous avez manifesté une préférence pour les films muets, dont la musique est si agréablement berceuse. Vous avez dormi tandis que tous les autres spectateurs, le visage tendu et l'œil exorbité, suivaient les fougueux développements d'une pièce pathétique. »

Henri Béraud dédie spirituellement son livre, *Le Martyre de l'obèse*, à des obèses célèbres contemporains :

Au Maréchal JOFFRE;  
A Georges PIOCH, à Edouard HERRIOT;  
A Gustave TERY;  
A G. de PAWLOWSKI, à Paul SOUDAY;  
A Pierre BENOIT;  
A Lucien GUITRY, à MANVIELLE, à PAULEY;  
A A. de REHM;  
A Felia LITVINNE, à Blanche SELVA;  
A Robert de JOUVENEL, à Maurice VLAMINCK;  
A Robert DIEUDONNE;  
A Pierre SCIZE, à Paul LOMBARD;  
A Albin MICHEL.

Il leur dédie ce livre : « que les maigrés prendront pour un livre gai. »

Le livre est émaillé de multiples observations telles que celles-ci :

« D'ailleurs, tout fait grossir les grosses gens, le régime, les sports, les douches, le manque de sommeil, la guerre, oui, la guerre elle-même fut un facteur d'embonpoint. »

« D'abord les drogues. J'ai pris des pilules répugnantes à la vue comme des yeux de chat étranglé, puis un liquide qui avait l'odeur de la boue et le goût de l'huile de lampe. J'y gagnai une maladie de foie et un teint de citron. Jamais, depuis lors, je ne passais devant une pharmacie sans qu'une sueur froide ne me coulât entre les omoplates. Cependant, je croyais avoir maigri. Illusion d'optique, due à la couleur de ma peau, flétrie par la graisse. La bascule que je consultais, ne s'y trompa point; j'avais pris deux kilos d'une graisse jaunâtre, qui, heureusement, fondit aux premières chaleurs. »

Le pauvre obèse se laisse conduire dans un hammam, tente de la gymnastique suédoise.

L'implacable bascule révèle à tout coup un nouvel excédent de bagage.

Enfin l'obèse se décide à jeûner :

« Alors je me fis jeûneur et vécus dans l'austérité, la faim, l'inertie et la macération. Plus de chocolat du matin! Plus de toast beurré! Je me privais de tout, je mangeais sans boire, je vivais de viandes grillées et de croûtes de pain. Mon sommeil fut compté comme celui d'un forçat. Ce fut atroce : je me reprochais un bon repas, une grasse matinée, un verre de chambertin comme une imprudence sans remède.

« Durant les six semaines que dura cette abomination, je passais comme un loup affamé devant mes

restaurants favoris, et je fuyais tout le jour mon appartement, de peur que l'envie de dormir ne fût plus forte que ma volonté. Un jour je m'assis, la faim au ventre et noyé de fatigue, à la terrasse d'un café.

« Un couple passa; la femme sourit et je l'entendis qui, me montrant du regard à son compagnon, murmurait :

« — En voilà un qui ne doit pas se priver!

« Ce fut une leçon.

« Je ne me privai plus, en effet », etc...

Tout le livre est rempli de réflexions aussi amusantes et aussi judicieuses.

## RESUME DE L'OBESITE AU XX<sup>e</sup> SIECLE

1° Leven, en 1900, dans sa thèse, insiste sur le rôle de la dyspepsie dans l'étiologie de l'obésité; il signale le rôle possible des émotions; en 1904, dans son *Traité de l'obésité*, il préconise la station couchée dans le traitement de l'obésité.

2° Babinsky en 1900, et Fröhlichen en 1901, signalent les rapports des tumeurs de l'hypophyse et de certaines obésités (on voit apparaître le syndrome adiposo-génital).

3° En 1903, Sicard et Roussy rapportent certains cas d'adipose douloureuse à l'ovariotomie.

4° En 1904 et 1906, Carnot effectue d'intéressantes recherches sur l'étiologie et la pathogénie de l'obésité:

- a) Avec des toxiques plomb, arsenic, alcool, strychnine, morphine;
- b) Avec des toxines peu virulentes, diphtériques, tuberculeuses. Il arrive, sans changement de régime, à faire progresser rapidement le poids d'animaux d'expérience.

C'est en 1906 que Baraquer décrit la lipodystrophie progressive.

5° En 1907, dans sa thèse de Lyon, Pierre Ferry conclut à 9 cas d'adipose sur 515 ovariectomisées, soit 2 % à peine.

6° En 1909, Parchon rapporte plusieurs cas d'obésité avec des thyroïdes modifiées, petites ou sclérosées

à colloïde modifié. Marburg décrit une obésité d'origine épiphysaire.

7° En 1910, Cushing prétend créer expérimentalement le syndrome adiposo-génital chez le chien en lésant l'hypophyse.

8° En 1912, Gallais, dans sa thèse, fait une étude poussée des obésités surrénales.

9° De 1908 à aujourd'hui, le Prof. Marcel Labbé consacre de nombreux travaux à l'obésité.

a) Il s'efforce de mettre en lumière les causes du déséquilibre énergétique qui mène à l'accumulation de la graisse;

b) Il ramène à des proportions modérées le rôle des glandes à sécrétion interne;

c) Il distingue deux types cliniques d'obèse : l'obèse simple et l'obèse compliqué; il insiste sur la sclérose rénale de ce dernier;

d) Il étudie et préconise l'effet de la gymnastique électrique chez les obèses compliqués;

e) Il étudie le métabolisme basal chez les obèses, et en déduit une thérapeutique thyroïdienne ou non-thyroïdienne;

f) Avec Boulin, il étudie le triangle d'hyperglycémie chez les obèses, et montre aussi un terme de passage entre le diabète et l'obésité.

10° En 1914, le Prof. Rathery essaye d'établir les bases de la thérapeutique ovarienne dans les obésités d'origine ovarienne.

11° En 1920, Camus et Roussy produisent le syndrome adiposo-génital par lésion du *tuber cinereum*, et nient la valeur de l'obésité d'origine hypophysaire.

12° En 1921, Lereboullet, Cathala et Mouzon pu-

blient leur observation princeps : *Infantilisme dit hypophysaire du 3<sup>e</sup> ventricule, intégrité de l'hypophyse.*

13° Apert, en 1923, dans le traité de Widal, écrit un important article sur les obésités génitales. Il envisage la castration chez des jeunes filles impubères et ne constate pas d'engraissement.

14° En 1922, Roger et Binet montrent que le poumon a une action lypolytique sur le sang.

15° M. Heckel, dans une série d'ouvrages et d'articles, de 1911 à nos jours, précise la clinique de l'obésité, montre par la méthode barygraphique le rôle de certains aliments; il fait la critique de la thérapeutique classique, préconise le décubitus dorsal en début de cure, et réglemente l'exercice physique.

16° En 1927 et à partir de 1927, à la suite des travaux de Smith, Enyle, Ascheim et Zondeck, on admet les corrélations anatomiques et fonctionnelles de l'hypophyse et du mésencéphale permettant d'expliquer des cas d'obésités nerveuses et hypophysaires jusqu'alors mal expliqués.

17° En 1933, M. N. Fiessinger distingue des obèses constitutionnels devant lesquels il recommande la prudence thérapeutique.

18° En 1931, Sédillot voit l'obésité sous l'angle arthritisme et foie, et traite les obèses en conséquence.

19° Kermorgant étudie le métabolisme basal chez les jeunes obèses et insiste sur le rôle de l'ovaire dans l'abaissement possible de ce métabolisme de base.

20° En 1932, Faymann, sous la direction du Prof. Rathery, étudie l'obésité insuliniennne.

## CONCLUSIONS GENERALES

1° Dans l'antiquité, l'obésité est envisagée surtout comme une difformité et un inconvénient à la vie physique.

2° Les médecins classiques de l'antiquité se sont attachés à l'étude des circonstances étiologiques et cliniques.

A ses remarques cliniques (mort subite des obèses, infécondité des femmes), Hippocrate a ajouté des remarques étiologiques ressortissant au genre de vie et au climat.

3° Les études modernes ont divisé les obésités en différents groupes, suivant le caractère primitif ou secondaire, et en insistant de façon différente sur le déterminisme pathogénique.

La thérapeutique doit être dirigée de façon différente suivant les cas, et les auteurs anciens et modernes semblent avoir tous été orientés par une opinion variable suivant les faits envisagés.

Vu : *Le Doyen*,  
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,  
FIESSINGER.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*  
S. CHARLÉTY

## BIBLIOGRAPHIE

- Abdel Aziz Nazmi* (1903). — La Médecine au temps des Pharaons.
- Avallon (Jean)*. — Revue « Esculape », 1926.
- Bergonié*. — Cure d'obésité par l'exercice électriquement provoqué (Arch. d'électr. méd. Bordeaux, 1911, XIX, p. 308).
- Bouchard (Charles)*. — Traité de Pathologie générale, t. III, p. 384.
- Carnot (Paul)*. — Titres et travaux scientifiques.
- Carnot*. — Sur divers types pathogéniques d'obésité (*Bulletin médical*, Paris, 1906).
- Carrez (H.)*. — De l'influence des boissons et du milieu sur la production de l'obésité.
- Celse*. — Œuvres (Traduction Fouquier et Ratier).
- Chauffard*. — Obésité héréditaire précoce, mort.
- Dancel*. — Traité théorique et pratique de l'obésité, 1863.
- Dictionnaire Dechambre*. — (article l'obésité).
- Fiessinger (Noël)*. — Syndrômes endocriniens, 1933.
- Forestier*. — Examen clinique d'un obèse (Sciences médicales, 1926, p. 290).
- Fressineau*. — Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse, Bordeaux, 1905.
- Galen*. — Operum omnium sectia quinta vene MDXLI, liber XIV, de methodo nevendi, vel de morbis curantis, cap. XV et XVI, p. 529-532.
- Guy-Laroche*. — Opothérapie endocrinienne.
- Heckel (Francis)*. — Quelques aperçus sur la nature et la signification des syndrômes lipogènes et de l'obésité (*Journal médical Français*, nov. 1931).
- Ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire pour maigrir (Pathologie comparée, 1925).
- Maigrir. Pourquoi? Comment? Paris, 1930.
- Hippocrate*. — Œuvres (traduction Littré et Darier).
- Kermorgant*. — Physiopathologie des obésités (*Gaz. Méd. de France*, avril 1929, p. 37).
- Labbé (Marcel)*. — Titres et travaux scientifiques, 1919.
- Labbé*. — Obésité et mal de Bright. Pathogénie et thérapeutique (*La Médecine*, juillet, 1928).
- Labbé et Furet*. — Les troubles de l'élimination urinaire,

- facteurs d'obésité (Presse Médicale, Paris, 1905).
- Lagrange*. — Revue des maladies de la nutrition, Paris 1903.
- Legendre (P.)*. — Obésité (Traité de médecine Roger Widal, Tessier, Paris, 1924).
- Leray*. — Embonpoint et obésité (conceptions et thérapeutiques actuelles).
- Leuen*. — De l'obésité, thèse, Paris, 1909.
- Longet*. — Traité de Physiologie, 1873.
- Mathias, Duval et Gley*. — Traité de Physiologie.
- Mathieu (Paul)*. — 1929. Pourquoi on engraisse et comment on maigrit.
- Michiels (Georges)*. — L'obésité partielle, stéatopygie, thèse, Paris, 1926.
- Morhardt*. — Existe-t-il des centres indicateurs de cures d'amaigrissement dans l'obésité (*Vie médicale*, n° 6, mars, 1930).
- Oulmont et Pramond*. — L'obésité (symptomatologie et étiologie, anatomie et physiologie pathologique, traitement), 1907.
- Pline*. — Livre II, Hist. nat. cap. XXXVII.
- Plutarque*. — Vie des hommes illustres.
- Rathey*. — Titres et travaux scientifiques, 1925.
- Rivoire*. — Acquisitions nouvelles de l'Endocrinologie, 1932.
- Robert*. — Les obésités sexuelles chez la femme (thèse de Bordeaux, 1926).
- Roffli*. — Traitement de l'obésité par la culture physique. 1905, article du journal *La Culture physique*.
- Saval*. — Hygiène et traitement de l'obésité, thèse, Paris, 1902.
- Sigre*. — Thèse, Paris, 1904.
- Les fonctions gastro-intestinales chez l'obèse, Paris, 1904.
- Suétone*. — Œuvres.
- Traité de physiologie*, de Roger et Binet.
- Secréctions internes.
- articles : de Laignel-Lavastine, « Epiphyse ».
- de Garnier et Huguenin « Thyroïde ».
- de Roussy « Hypophyse ».
- Williams*. — L'Obésité (Librairie Félix Alcan), Paris, 1929.
- Worthington*. — Thèse, Paris, 1877.

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PRÉHISTOIRE . . . . .                                                                     | 11  |
| Antiquité et Obésité. — Histoire . . . . .                                                | 21  |
| Conclusions . . . . .                                                                     | 37  |
| Obésité aux XVI <sup>e</sup> , XVII <sup>e</sup> , et XVIII <sup>e</sup> siècle . . . . . | 41  |
| Obésité au cours du XIX <sup>e</sup> siècle . . . . .                                     | 45  |
| Conclusions. . . . .                                                                      | 80  |
| L'Obésité au XX <sup>e</sup> siècle . . . . .                                             | 85  |
| Résumé de l'Obésité au XX <sup>e</sup> siècle . . . . .                                   | 153 |
| Conclusions générales . . . . .                                                           | 156 |
| BBLIOGRAPHIE . . . . .                                                                    | 157 |





